

Nº de controle do cupom 受診券整理番号		Nº do aviso 通知番号	
Nome em Katakana カナ氏名			
Idade 年齢	anos 歳 (idade no dia 31/MAR/2027)	Gênero 性別	
Data de nascimento 生年月日			
Data de validade 有効期限			

Ano Administrativo 2026 (R8 Nendo)

Cupom do Exame Específico de Saúde "Tokutei Kenkou Shinsa" do Kokumin Hoken do Município de Toyohashi
令和8年度豊橋市国民健康保険 特定健康診査受診券

Data de emissão
交付

- Leia sem falta a folha anexa:
"Comunicado Sobre o Exame Específico de Saúde • Exame de Saúde (Tokutei Kenkou Shinsa • Kenkou Shinsa)" do Ano Administrativo R8 (2026).

• Levar:

※ Verifique a data de validade deste cupom.

- Cupom do Exame Específico de Saúde "Tokutei Kenkou Shinsa" (Esta folha)
- Comprovante que está inscrito no Kokumin Hoken de Toyohashi
(Cartão do My Number com foto e vinculado com o seguro de saúde, Cartão do Kokumin Hoken, Cartão de beneficiário válido)
- ※ Em caso de submissão ao Exame de Saúde Coletivo "Shuudan Kenshin", ou submissão junto com o Check-up médico "Ningen Dokku" (inclusive do JA), poderá ocorrer de diferir os documentos a apresentar.

As pessoas que recebem tratamento médico também podem realizar este exame.

• Preenchimento do cupom de exame:

- Favor preencher os itens de dentro do quadro destacado do verso desta folha.
- Em caso de submissão ao Exame de Saúde Coletivo "Shuudan Kenshin": Preencher somente o número de telefone na respectiva lacuna do verso desta folha.

※ Os itens abaixo serão preenchidos pela instituição realizadora do exame. 以下は健診機関で記入します。

健診日	月 日		国民健康保険 被保険者証記号番号								
身体測定	身長 cm	体重 kg	BM I	腹囲 cm							
他覚症状	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	収縮期 拡張期 mmHg	血圧測定								
尿検査	蛋白	糖	腎								
詳細な健診	貧血	既往歴 疑い	心電図	不整脈の疑い							
	眼底	血圧	血糖								
	貧血	心電図	眼底	依頼先医院名	コード						
所見	心電図	眼底	Scheie 分類								
	受診勧奨の必要性	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	血圧	脂質	血糖	肝臓	腎臓	尿酸	貧血	心電図	眼底
医院名	医院コード	医師氏名	種別	国保61							

■本人記入欄/Preenchimento próprio
(Favor preencher/responder os itens de dentro do quadro destacado)

Poderá ocorrer de enviarmos mensagens (SMS) ao número do seu telefone, recomendando a realização do exame de saúde, etc.

Telefone (celular)		Telefone (residencial)		Marque <input checked="" type="checkbox"/> na resposta correspondente	
1 Toma periodicamente os medicamentos de "1" a "3" abaixo?					
1	Remédio para hipertensão arterial (para baixar a pressão alta).	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não
2	Remédio para baixar o nível de glicose do sangue, ou injeção de insulina.	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não
3	Remédio para baixar o nível de colesterol ou triglicerídeos.	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não
4	Já foi diagnosticado com acidente vascular cerebral-AVC (AVC hemorrágico, AVC isquêmico, etc.) ou já fez tratamento?	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não
5	Já foi diagnosticado com doença cardíaca (angina, infarto do miocárdio, etc.) ou já fez tratamento?	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não
6	Já foi diagnosticado com doença renal crônica, insuficiência renal, ou realiza algum tratamento (hemodiálise, etc.)?	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não
7	Já foi diagnosticado com anemia?	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não
8	É fumante regular? Condição 1: Fumou durante este último mês. Condição 2: Fuma há mais de 6 meses, ou já fumou mais de 100 cigarros até agora.	<input checked="" type="checkbox"/>	①	<input checked="" type="checkbox"/>	②
		① Atendo à ambas: condição 1 e condição 2. ② Atendo somente à condição 2. ③ Não sou fumante (Não atendo aos itens ① e ②).		<input checked="" type="checkbox"/>	③
9	Engordou mais de 10kg desde os 20 anos de idade?	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não
10	Pratica mais de 30 minutos de exercícios físicos, pelo menos 2 vezes por semana, há mais de 1 ano?	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não
11	Caminha mais de 1 hora por dia ou pratica exercícios físicos com a mesma equivalência em seu cotidiano?	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não
12	Caminha mais rápido que as pessoas da mesma idade e gênero?	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não
13	Relacionado à mastigação, em qual item você se enquadra?	<input checked="" type="checkbox"/>	①	<input checked="" type="checkbox"/>	②
		① Consigo mastigar e comer tudo. ② Às vezes o dente, a gengiva, a má formação dos dentes, etc., me incomoda e tenho dificuldade de mastigar. ③ Quase não consigo mastigar.		<input checked="" type="checkbox"/>	③
14	Come mais rápido que os outros?	<input checked="" type="checkbox"/>	Rápido	<input checked="" type="checkbox"/>	Normal
15	Costuma dormir dentro de 2 horas após o jantar, 3 ou mais dias por semana?	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não
16	Costuma tomar bebidas adoçadas ou comer entre as 3 refeições diárias (café da manhã, almoço e janta)?	<input checked="" type="checkbox"/>	Todos os dias	<input checked="" type="checkbox"/>	Às vezes
17	Não toma o café da manhã, 3 ou mais dias por semana?	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não
18	Com que frequência consome bebida alcoólica (sakê, aguardente, cerveja, vinho, etc.)? (Escolha 1 item.) (※ "Parei de beber" refere-se às pessoas que tinham o costume de beber mais de 1 vez por mês, e deixaram de beber há mais de 1 ano.)	<input checked="" type="checkbox"/>	Todos os dias	<input checked="" type="checkbox"/>	5 a 6 dias por semana
		<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 4 dias por semana	<input checked="" type="checkbox"/>	1 a 2 vezes por semana
		<input checked="" type="checkbox"/>	1 a 3 dias por mês	<input checked="" type="checkbox"/>	Menos de 1 dia por mês
		<input checked="" type="checkbox"/>	Parei de beber	<input checked="" type="checkbox"/>	Não bebo
19	Qual a quantidade de bebida alcoólica que consome por dia? (Escolha 1 item.) Equivale a 1 dose: 180ml de sakê de 15%; 500ml de cerveja de 5%; 110ml de aguardente de 25%; 180ml de vinho de 14%; 60ml de whisky de 43%; 500ml de coquetel Chu-Hai em lata de 5% ou 350ml de 7%.	<input checked="" type="checkbox"/>	Menos de 1 dose	<input checked="" type="checkbox"/>	1 a 2 doses
		<input checked="" type="checkbox"/>	2 a 3 doses	<input checked="" type="checkbox"/>	3 a 5 doses
		<input checked="" type="checkbox"/>	Mais que 5 doses		
20	O seu sono é suficiente para descansar?	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não
21	Gostaria de melhorar os hábitos da vida diária como alimentação, exercícios físicos, etc.? Escolha 1 item entre ① e ⑤	<input checked="" type="checkbox"/>	①	<input checked="" type="checkbox"/>	②
		<input checked="" type="checkbox"/>	③	<input checked="" type="checkbox"/>	④
		<input checked="" type="checkbox"/>	⑤		
		① Não pretendo melhorar. ② Pretendo melhorar (aprox. dentro de 6 meses). ③ Pretendo melhorar em breve (aprox. dentro de 1 mês), e estou começando aos poucos. ④ Já estou me empenhando para melhorar (há menos de 6 meses). ⑤ Já estou me empenhando para melhorar (há mais de 7 meses).		<input checked="" type="checkbox"/>	③
22	Até agora, já recebeu alguma orientação de saúde para melhorar os hábitos cotidianos?	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>	Não
23	Quando foi a sua última refeição?	<input checked="" type="checkbox"/>	Há menos de 3h 30min	<input checked="" type="checkbox"/>	De 3h 30min a 10h atrás
		<input checked="" type="checkbox"/>	Há mais de 10 horas		
24	Sintomas atuais	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Nenhum	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Dor de cabeça
		<input checked="" type="checkbox"/>	3. Tontura	<input checked="" type="checkbox"/>	4. Zumbido no ouvido
		<input checked="" type="checkbox"/>	5. Dor no peito	<input checked="" type="checkbox"/>	6. Palpitação
		<input checked="" type="checkbox"/>	7. Boca seca	<input checked="" type="checkbox"/>	8. Emagrecimento repentino
		<input checked="" type="checkbox"/>	9. Inchaço	<input checked="" type="checkbox"/>	10. Cansaço rápido
		<input checked="" type="checkbox"/>	11. Dormência nas mãos/pés	<input checked="" type="checkbox"/>	12. Outros ()
25	Qual foi o motivo de você realizar este exame de saúde? (Múltipla escolha)	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Eu faço este exame todos os anos	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Recebi o cupom do exame
		<input checked="" type="checkbox"/>	3. Recebi uma mensagem (SMS) ou uma carta comunicando	<input checked="" type="checkbox"/>	4. Eu vi informativos em panfleto, pôster, etc.
		<input checked="" type="checkbox"/>	5. Por recomendação médica	<input checked="" type="checkbox"/>	6. Por recomendação de pessoas próximas
		<input checked="" type="checkbox"/>	7. Porque estou preocupado com a saúde	<input checked="" type="checkbox"/>	8. Para confirmar que estou saudável
		<input checked="" type="checkbox"/>	9. Outros ()		

保 險 者	所在地	愛知県豊橋市今橋町1番地
	電話番号	0532 - 51 - 2293
	番号	00230029
	名称	豊橋市
	支払代行機関番号	92399021
	支払代行機関名	愛知県国民健康保険団体連合会

Contato: Posto de Saúde - Toyohashi Hokenjo (HOIPPU)
 Setor Kenkou Zoushin-Ka
 〒441 - 8539
 Toyohashi-shi Nakano-cho Aza Nakahara 100 Banchi
 TEL (0532) 39 - 9141
 FAX (0532) 38 - 0770