

一般健診・特定健診個人票(交付金申請用)

被保険者証記号・番号	—
受診者氏名	(本人・家族)
生年月日	昭和・平成 年 月 日
性別	男 ・ 女

全国外食産業ジェフ健康保険組合

一般健診検査項目		特定健診検査項目			年 月 日	年 月 日	年 月 日	
35歳未満 (被保険者)	35歳以上 (被保険者)	40歳以上 (被扶養者)	年度内到達年齢		()歳	()歳	()歳	
	○	○	質問票					
○	○	○	身長					
○	○	○	体重					
○	○	○	BMI指数					
	○	○	腹囲					
○	○		視力	裸眼	右 左	右 左	右 左	
○	○			矯正	右 左	右 左	右 左	
	○		聴力	右	1000Hz	1 所見なし 2 所見あり	1 所見なし 2 所見あり	1 所見なし 2 所見あり
		4000Hz			1 所見なし 2 所見あり	1 所見なし 2 所見あり	1 所見なし 2 所見あり	
		左		1000Hz	1 所見なし 2 所見あり	1 所見なし 2 所見あり	1 所見なし 2 所見あり	
				4000Hz	1 所見なし 2 所見あり	1 所見なし 2 所見あり	1 所見なし 2 所見あり	
○			その他	1 所見なし 2 所見あり	1 所見なし 2 所見あり	1 所見なし 2 所見あり		
○	○	○	血圧		~	~	~	
○	○		胸部X線 (どちらか一方)	直接	1 所見なし 2 所見あり ()	1 所見なし 2 所見あり ()	1 所見なし 2 所見あり ()	
				間接	1 所見なし 2 所見あり ()	1 所見なし 2 所見あり ()	1 所見なし 2 所見あり ()	
○	○	○	尿検査	尿糖				
○	○	○		蛋白				
○	○	△	貧血	血色素量				
				赤血球数				
				白血球数				
				ヘマトクリット				
○	○	○	肝機能	GOT				
○	○	○		GPT				
○	○	○		γ-GTP				
○	○	○	血中脂質	HDLコレステロール				
○	○	○		中性脂肪				
○	○	○		LDLコレステロール				
○	○	○	糖代謝	空腹時血糖				
	○	○		HbA1c				
	○	△	心電図(12誘導)					
	○		便潜血反応(2日法)		(1日) (2日)	(1日) (2日)	(1日) (2日)	
その他検査								
健康診断実施機関名								
業務暦								
既往歴								
自覚症状								
他覚症状								
内科診察								
医師の診断								
健康診断を実施した医師の氏名・印								
医師の意見								
意見を述べた医師の氏名・印								

*交付金制度を利用する場合は事前配布した健康診査受診票の質問事項欄(22項目)をご記入のうえ、この個人票に添付してください。

*検査項目は健診種別によって区分されています。○印以外の検査は交付金の支給対象外となります(特定健診の△印を除く)

*△は特定健診での詳細な検査項目で医師が必要と判断し実施した場合、支給対象となります。