

松戸市人間ドック受診費助成申請書

令和 年 月 日

(宛先) 松戸市長

申請者 氏名

住所 松戸市

電話番号 ()

松戸市人間ドック受診費の助成に関する要綱に基づき、下記により申請いたします。

対 象 者 申請者と同じ場合 氏名・受診時住所は 「同上」と記入	氏 名										
	生年月日	昭和 年 月 日 (歳)									
	受診時住所	〒 松戸市									
種 類	☐ 松戸市国民健康保険被保険者 ☐ 千葉県後期高齢者医療被保険者 ※受診日当日の加入保険を松戸市にて確認させていただきます。										
必要書類	1 市指定の問診票または質問票 2 松戸市特定健康診査等受診券 または 松戸市健康診査共通受診券の原本 3 受診日、受診者氏名、医療機関名が記載されている領収書の原本 4 人間ドックの検査結果票の原本 5 振込先金融機関口座のわかる通帳等の写し ※提出された原本は、確認後、申請者に返却させていただきます。										
振 込 先	金融機関 コード					支店 コード					
	金融機関名	銀行 信用金庫 J A				本店 支店 出張所					
	口座種別	普通		口座番号							
	フリガナ										
	口座名義人										
同意欄	対象者が下記事項に同意したうえで、申し込みします。 ・他の公的な人間ドック費用助成金は、受けていません。 ・人間ドックの結果が保健指導等の保健事業に使用されることに同意します。										

後期高齢者の質問票

氏名 _____ 生年月日 大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- ◆令和2年度から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が開始されたことに伴い、下記の質問にお答えください。
◆この質問票では あなたの健康状態を総合的におたずねします あてはまる番号に○をお付けください。

生活習慣病についておたずねします

1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	1. はい 2. いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	1. はい 2. いいえ
3	現在、コレステロール・中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	1. はい 2. いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい 2. いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているとといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい 2. いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	1. はい 2. いいえ

健康状態についておたずねします

1	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない
2	毎日の生活に満足していますか。	1. 満足 2. やや満足 3. やや不満 4. 不満
3	1日3食きちんと食べていますか。	1. はい 2. いいえ
4	半年前に比べて固いもの(さきいか・たくあんなど)が食べにくくなりましたか。	1. はい 2. いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか。	1. はい 2. いいえ
6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	1. はい 2. いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	1. はい 2. いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか。	1. はい 2. いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	1. はい 2. いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか。	1. はい 2. いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか。	1. はい 2. いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか。	1. 吸っている 2. 吸っていない 3. やめた
13	週に1回以上は外出していますか。	1. はい 2. いいえ
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。	1. はい 2. いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	1. はい 2. いいえ

- ◆検査結果やご記入いただいた内容は、個人情報の保護に十分配慮し統計処理等に使用いたします。
◆検査結果やご連絡先等の情報を、保健指導等を実施する事業者提供する場合があります。
◆松戸市または実施事業者から、ご連絡先に保健指導等のご案内をする場合があります。