

課長	係長	受付・確認	受付印

清瀬市後期高齢者人間ドック受診料助成申出書

清瀬市長殿

人間ドック受診料の助成を下記のとおり申請します。

※ 太枠内の中のみ記入してください。

受 診 者	保 険 者 番 号	3	9	1	3	2	2	1	2
	被 保 険 者 番 号								
	住 所	清瀬市							
	(フリガナ)								
	氏 名								
	生 年 月 日	大正 ・ 昭和 年 月 日							
受 診 日	日 帰 り	令和 年 月 日							
	宿 泊	令和 年 月 日～ 月 日							
検 査 病 院 等 名 称									
領 収 書 金 額		円							
※ 支 給 決 定 金 額		円							

人間ドック受診料支払口座振込指定書

振 込 指 定 銀 行	銀 行 ・ 農 業 協 同 組 合		本店
	信 用 金 庫 ・ 信 用 組 合		支店
指 定 口 座 番 号			普 通 ・ 当 座
(フリガナ)			
口 座 名 義			
人間ドック受診料助成金額を上記の金融機関へ振り込んでください。			
申請日 令和 年 月 日			
(申請者)住所 清瀬市			
氏名		電話番号：	

確認事項	保険料 ☐ 健診結果 ☐ 問診表 ☐
------	---

利用できる方・・・清瀬市の後期高齢者医療制度加入者で、後期高齢者医療保険料を納期内に完納している方。

助成要件・・・・・・1人年1回（4月1日から3月31日）。受診料の2分の1（ただし、宿泊等2日以上にわたる場合は3万円、その他の場合は2万円を限度とします）。

※ 添付書類・・・・・・人間ドック領収書(コピー可) 健診結果（コピー） 問診表
本人確認：マイナンバー・免許証・保険証・その他

清瀬市後期高齢者医療健康診査問診票

氏名	フリガナ	1. 男
		2. 女
生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)	
住所	清瀬市	
電話	- - 自宅 ・ 携帯	

※ 左の枠内及び下記の質問のあてはまるところに
○または必要な事項をご記入の上、受診してください。

※ 記入漏れのないようにお願いいたします。

1	a 現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	1. はい 2. いいえ
	b 現在、糖尿病の薬(血糖を下げる薬)又はインスリン注射をしていますか。	1. はい 2. いいえ
	c 現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	1. はい 2. いいえ
2	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
3	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)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
4	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
5	医師から、貧血といわれたことがありますか。	1. はい 2. いいえ
6	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
7	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
8	1日3食きちんと食べていますか。	1. はい 2. いいえ
9	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか。 *さきいか、たくあんなど	1. はい 2. いいえ
10	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
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	1. はい 2. いいえ
12	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
13	この1年間に転んだことがありますか。	1. はい 2. いいえ
14	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。 ※1日の歩数はどのくらいですか(わかる方はお答えください)。目安:10分の歩行でおよそ1000歩	1. はい 2. いいえ およそ()歩
15	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
16	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
17	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
18	週に1回は外出していますか。	1. はい 2. いいえ
19	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
20	体調が悪いときに、身近に相談できる人はいますか。	1. はい 2. いいえ
21	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	
	1. 何でもかんで食べることができる。	
	2. 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある。	
		3. ほとんどかめない。

22	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど飲まない(飲めない)																														
23	※22にて1または2と回答した方のみお答え下さい。 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれくらいですか。【日本酒1合(180ml)の目安】 ●ビール500ml●焼酎25度(110ml)●ウィスキーダブル1杯(60ml)●ワイン2杯(240ml)	1. 1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3合以上																														
24	睡眠で休養が十分とれていますか。	1. はい 2. いいえ																														
25	これまで治療したことのある病気がありましたら、右の空欄に○を記入してください。																															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 5px;">0 1 高血圧</td><td style="width: 50px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">0 2 低血圧</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">0 3 不整脈</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">0 4 脂質異常症 (高脂質血症)</td><td></td></tr> </table>	0 1 高血圧		0 2 低血圧		0 3 不整脈		0 4 脂質異常症 (高脂質血症)		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 5px;">0 5 高尿酸血症</td><td style="width: 50px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">0 6 腎不全以外の腎疾患</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">0 7 糖尿病</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">0 8 肝臓病</td><td></td></tr> </table>	0 5 高尿酸血症		0 6 腎不全以外の腎疾患		0 7 糖尿病		0 8 肝臓病															
0 1 高血圧																																
0 2 低血圧																																
0 3 不整脈																																
0 4 脂質異常症 (高脂質血症)																																
0 5 高尿酸血症																																
0 6 腎不全以外の腎疾患																																
0 7 糖尿病																																
0 8 肝臓病																																
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 5px;">0 9 胃・十二指腸潰瘍</td><td style="width: 50px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">1 0 うつ</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">1 1 骨粗鬆症</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">その他()</td><td></td></tr> </table>	0 9 胃・十二指腸潰瘍		1 0 うつ		1 1 骨粗鬆症		その他()																							
0 9 胃・十二指腸潰瘍																																
1 0 うつ																																
1 1 骨粗鬆症																																
その他()																																
26	現在、治療中の病気がありましたら病名をお書きください。()																															
27	自覚症状について伺います。次の症状について、右の「はい」か「いいえ」に○をつけてください。																															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 5px;">0 1 胸の圧迫感</td><td style="width: 50px;">はい ・ いいえ</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">0 2 心悸亢進・動悸</td><td>はい ・ いいえ</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">0 3 息切れ</td><td>はい ・ いいえ</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">0 4 不眠</td><td>はい ・ いいえ</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">0 5 肩こり・腰痛</td><td>はい ・ いいえ</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">0 6 手足のしびれ感</td><td>はい ・ いいえ</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">0 7 めまい・立ちくらみ</td><td>はい ・ いいえ</td></tr> </table>	0 1 胸の圧迫感	はい ・ いいえ	0 2 心悸亢進・動悸	はい ・ いいえ	0 3 息切れ	はい ・ いいえ	0 4 不眠	はい ・ いいえ	0 5 肩こり・腰痛	はい ・ いいえ	0 6 手足のしびれ感	はい ・ いいえ	0 7 めまい・立ちくらみ	はい ・ いいえ	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 5px;">0 8 頭痛・耳鳴り</td><td style="width: 50px;">はい ・ いいえ</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">0 9 いつも調子が悪い</td><td>はい ・ いいえ</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">1 0 おなかが張っている</td><td>はい ・ いいえ</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">1 1 下痢</td><td>はい ・ いいえ</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">1 2 便秘</td><td>はい ・ いいえ</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">1 3 下痢と便秘の両方</td><td>はい ・ いいえ</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">1 4 痔の傾向がある</td><td>はい ・ いいえ</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">その他()</td><td></td></tr> </table>	0 8 頭痛・耳鳴り	はい ・ いいえ	0 9 いつも調子が悪い	はい ・ いいえ	1 0 おなかが張っている	はい ・ いいえ	1 1 下痢	はい ・ いいえ	1 2 便秘	はい ・ いいえ	1 3 下痢と便秘の両方	はい ・ いいえ	1 4 痔の傾向がある	はい ・ いいえ	その他()	
0 1 胸の圧迫感	はい ・ いいえ																															
0 2 心悸亢進・動悸	はい ・ いいえ																															
0 3 息切れ	はい ・ いいえ																															
0 4 不眠	はい ・ いいえ																															
0 5 肩こり・腰痛	はい ・ いいえ																															
0 6 手足のしびれ感	はい ・ いいえ																															
0 7 めまい・立ちくらみ	はい ・ いいえ																															
0 8 頭痛・耳鳴り	はい ・ いいえ																															
0 9 いつも調子が悪い	はい ・ いいえ																															
1 0 おなかが張っている	はい ・ いいえ																															
1 1 下痢	はい ・ いいえ																															
1 2 便秘	はい ・ いいえ																															
1 3 下痢と便秘の両方	はい ・ いいえ																															
1 4 痔の傾向がある	はい ・ いいえ																															
その他()																																
28	過剰なストレスがありますか。	1. 常にある 2. 時々ある 3. ない																														
29	ご両親や兄弟姉妹で治療したことのある病気がありましたら、右に○をつけてください。																															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 5px;">高血圧</td><td style="width: 50px;">父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">心臓病</td><td>父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">脂質異常症 (高脂質血症)</td><td>父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">糖尿病</td><td>父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹</td></tr> </table>	高血圧	父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹	心臓病	父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹	脂質異常症 (高脂質血症)	父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹	糖尿病	父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 5px;">うつ</td><td style="width: 50px;">父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">骨粗鬆症</td><td>父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">その他</td><td>父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹</td></tr> </table>	うつ	父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹	骨粗鬆症	父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹	その他	父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹																
高血圧	父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹																															
心臓病	父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹																															
脂質異常症 (高脂質血症)	父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹																															
糖尿病	父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹																															
うつ	父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹																															
骨粗鬆症	父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹																															
その他	父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹																															