

別記様式(第4条関係)

山口市後期高齢者医療総合健診健診料助成金申請書兼同意書

被 保 険 者 番 号							
健 診 を 受 け た 被 保 険 者 の 氏 名			健 診 を 受 け た 被 保 険 者 の 生 年 月 日				
			年 月 日				
健診を受けた医療機関名 及びその所在地	名 称						
	所 在 地						
健 診 年 月 日		年 月 日					
助 成 金 申 請 額		金 円					
<p>山口市後期高齢者医療総合健診健診料の一部助成に関する要綱第4条の規定により、上記のとおり申請します。</p> <p>また、山口市及び岐阜県後期高齢者医療広域連合が受診結果を取扱指定機関又は申請者から受領し、必要に応じて健康管理の指導もしくは保健管理の指導等の資料として使用することを同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>被保険者 住所 山口市</p> <p>氏名</p> <p>電話 - -</p> <p>山口市長</p>							
振 込 先	金 融 機 関	農 協 銀 行 信用金庫	店	口座の種別	1当座	ふりがな	
					2普通	口座名義人	
						口座番号	

(裏面もご覧ください。)

(裏面)

質問票

	質問項目	回答
<p><自覚症状> 現在、気になる症状があれば記入してください 1. 特になし 2. 頭痛 3. 肩こり 4. めまい 5. 手足のしびれ 6. 不眠 7. 食欲がない 8. 動悸・息切れ 9. 脈の乱れ 10. 胸のしめつけ 11. 手足がむくむ 12. 便秘 13. のどが渇く 14. 腰痛 15. 膝痛 16. その他 ()</p>		
1-3	<現病歴> 現在、以下の薬を使用していますか	
1	血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	血糖を下げる薬またはインスリン注射	①はい ②いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4-7	<既往歴> 以下の病気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	
4	脳卒中 (脳出血、脳梗塞など)	①はい ②いいえ
5	心臓病 (狭心症、心筋梗塞など)	①はい ②いいえ
6	慢性腎臓病や腎不全、人工透析	①慢性腎臓病や腎不全 ②人工透析 ③いいえ
7	貧血	①はい ②いいえ
8	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
9	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
10	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ
11	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
12	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
13	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
14	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
15	この1年間に転んだことがありますか	①はい ②いいえ
16	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
17	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いわれていますか	①はい ②いいえ
18	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
19	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
20	週に1回以上は外出していますか	①はい ②いいえ
21	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
22	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