

様式第1号(第6条関係)

神川町後期高齢者医療人間ドック等助成金申込書			
氏名		性別	男 ・ 女
住所	神川町大字		
電話番号			
生年月日	年	月	日
後期高齢者被保険者 被保険者番号			
検査機関			
検査方法	人間ドック ・ 脳ドック ・ 併診ドック		
検査予定期間	年	月	日から 月 日まで(予定)
<p>神川町後期高齢者医療人間ドック等助成要綱第6条の規定により申込みをします。</p> <p>人間ドック等の検査結果を医療機関が神川町へ提出すること、神川町が行う保健指導等のために利用すること及び保険料の納付状況を調査することに同意します。</p> <p>なお、これにより取得した個人情報については、神川町個人情報保護条例に基づき、本事業の目的外に使用することはありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>神川町長 様</p>			

問 診 票		
該当する答えに○をつけてください。		
	既往歴がありますか。	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
	自覚症状がありますか。	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
	他覚症状がありますか。	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
	現在、下記の薬を医師から処方されて使用していますか。	
1	a. 血圧を下げる薬 (高血圧の薬)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	b. 血糖を下げる薬またはインシュリン注射 (糖尿病の薬)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	c. コレステロール (中性脂肪) を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	医師から、脳卒中 (脳出血や脳梗塞等) にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	医師から、心臓病 (狭心症や心筋梗塞等) にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、慢性の腎不全にかかっているとされたり、治療 (人工透析) を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、貧血と言われたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない
7	毎日の生活に満足していますか。	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや満足 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満
8	1日3食きちんと食べていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	お茶や汁物等でむせることがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	この1年間に転んだことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	今日が何月何日かわからない時がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17	あなたはたばこを吸いますか。	<input type="checkbox"/> 吸っている <input type="checkbox"/> 吸っていない <input type="checkbox"/> やめた
18	週に1回以上は外出していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
20	体調が悪いときに身近に相談できる人がいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ