

かかりつけ医に 必ずご持参ください!

令和8年1月31日までに提出いただいた方から抽選で
50名様にQUOカード2,000円分が当たります!

昨年度の実績数に基づく、2人に1人が当選となります。

料金別納
郵便

重要

親展

必ず本人様をご開封ください。

別府市役所 健康推進課

〒874-8511 別府市上野口町1番15号(市庁舎GF)
電話:0977-21-2188

市内の医療機関で特定健診同等の検査を実施されている方へ

検査結果の提供のお願い

別府市では特定健診を受診されていない方のうち、市内の医療機関で特定健診に相当する検査を受けられている方へ、検査結果のご提供をお願いしています。

していただくこと

本通知書に同封されている**みなし健診結果票**を市内のかかりつけの先生の所へご提出ください。

提出期限

提出期限は**令和8年1月31日(土)**です。



検査結果を提供するメリットは何ですか？



- 検査結果を提供いただいた方から抽選で50名様に**QUOカード2,000円分**が当たります！
昨年度の実績数に基づくと、2人に1人が当選となります。
- 提供いただいた結果に基づき、あなたに合わせた健康アドバイスを無料で提供いたします。
- いただいた情報が、より良い健康政策の立案につながります。



みなし健診結果票の提出期限:令和8年1月31日(土)まで

特定健診受診率の向上に ご協力をお願いします！

別府市では、市民のみなさまの健康づくりを支えていくために、
特定健診の受診をお願いしています。
年に一度、ご自身の健康状態を把握することを習慣にしてください。
※すでに特定健診を受診済みの場合は、行き違いですのでご容赦ください。

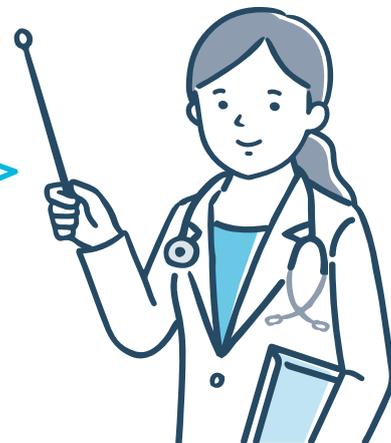


受診券を使って
特定健診を受診してもいいの？

受診券を使って特定健診を受診して
いただくこともできます。

令和8年3月31日までに受診券を
ご持参のうえ、受診をお願いします。

※特定健診を受診される方は、みなし健診結果票
の提出は必要ありません。



問合せ先

別府市健康推進課

☎ 0977-21-2188

この紙面をご記入の上、**かかりつけ医に** ご持参ください。

質問票兼同意書

【本人記入欄】

項目	質問事項	回答欄 該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください
1	既往歴（脳卒中・心臓病・腎臓病等）がありますか。	<input type="checkbox"/> : はい <input type="checkbox"/> : いいえ 【病名】
2	今、体調の悪いところ（自覚症状）がありますか。	<input type="checkbox"/> : はい <input type="checkbox"/> : いいえ 【症状】
3	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> : はい <input type="checkbox"/> : いいえ
4	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。	<input type="checkbox"/> : はい <input type="checkbox"/> : いいえ
5	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> : はい <input type="checkbox"/> : いいえ
6	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	<input type="checkbox"/> : はい <input type="checkbox"/> : 以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない <input type="checkbox"/> : いいえ

【本人同意欄（自筆）】		記入日	年	月	日
フリガナ					
氏名					
生年月日	年	月	日		
ご連絡先電話番号					
検査結果および質問票兼同意書を別府市に提供することを					
<input type="checkbox"/> 同意します <u>ご同意いただける場合はチェックを入れてください</u>					

●ご記入が不自由な方の場合、代筆で結構です。

みなし健診結果票

【医療機関記入】

医療機関名

フリガナ ナマエ タロウ
氏名 名前 太郎

生年月日 昭和XX年XX月XX日

【検査結果】: 必須項目

身体計測	身長	cm	肝機能検査	AST (GOT)	U/l
	体重	kg		ALT (GPT)	U/l
	腹囲	cm		γ -GT (γ -GTP)	U/l
血圧	収縮期血圧	mmHg	血糖検査	※2 HbA1c (NGSP)	%
	拡張期血圧	mmHg		※2 空腹時血糖	mg/dl
※1 尿検査	尿糖	- ± + ++ +++		※2 随時血糖	mg/dl
	尿蛋白	- ± + ++ +++	血中脂質検査	※3 空腹時中性脂肪	mg/dl
				※3 随時中性脂肪	mg/dl
				HDL コレステロール	mg/dl
				※4 LDL コレステロール	mg/dl
				※4 (non-HDL コレステロール)	mg/dl

※1: 生理中、腎疾患等で排尿障害のある方は未実施でも可

※2、※3、※4: いずれかの記載が必須

【検査結果】: 追加項目

腎機能検査	血清クレアチニン	mg/dl	eGFR	ml/分/1.73m ²
他覚症状	なし あり ()			
上記項目を踏まえての医師の判断	異常なし 要指導 要医療 治療中 ()			
医師名			検査日 (判定日)	

【保健指導について】

市の保健師・管理栄養士による食事・生活指導を行っています。

この方は指導の必要がありますか。	必要あり	・	必要なし
この方に市が指導を実施することについて、ご同意いただけますか。	同意する	・	同意しない

質問票兼同意書の記入方法



同封の「質問票兼同意書」を
下記の記入例を参考に記入し、
かかりつけ医にご持参ください。

質問票兼同意書記入例

この紙面をご記入の上、**かかりつけ医**にご持参ください。

質問票兼同意書

【本人記入欄】

項目	質問事項	回答欄 <small>該当する項目に☑を記入してください</small>
1	既往歴（脳卒中・心臓病・腎臓病等）がありますか。	<input type="checkbox"/> ：はい <input checked="" type="checkbox"/> ：いいえ [病名]
2	今、体調の悪いところ（自覚症状）がありますか。	<input type="checkbox"/> ：はい <input checked="" type="checkbox"/> ：いいえ [症状]
3	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> ：はい <input type="checkbox"/> ：いいえ
4	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。	<input type="checkbox"/> ：はい <input checked="" type="checkbox"/> ：いいえ
5	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> ：はい <input checked="" type="checkbox"/> ：いいえ
6	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> ：はい <input type="checkbox"/> ：以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない <input type="checkbox"/> ：いいえ

【本人同意欄（自筆）】

記入日 0 年 6 月 3 日

フリガナ	ナマエ タロウ
氏名	名前 太郎
生年月日	1975 年 4 月 3 日
ご連絡先電話番号	000-1234-5678

検査結果および質問票兼同意書を別府市に提供することを

同意します ご同意いただける場合はチェックを入れてください

●ご記入が不自由な方の場合、代筆で結構です。

かかりつけ医から
ご提供いただく検査項目は
主に以下の項目です
※すべて満たす場合のみ、
みなし健診となります

【身体測定】

●身長 ●体重 ●腹囲

【血圧】

●収縮期血圧 ●拡張期血圧

【生化学検査】

●中性脂肪
●HDLコレステロール
●LDLコレステロール
(または、non-HDLコレステロール)
●AST(GOT) ●ALT(GPT)
●γ-GT(γ-GTP)

【血糖】

●HbA1c(NGSP値)
●血糖

【尿検査】

●尿糖 ●尿蛋白

回答欄の記入

質問項目をよく読み該当
する答えに☑を記入して
ください

氏名等を記入

氏名・生年月日・電話番号
を記入してください

同意の意向を記入

同意いただける場合は
☑を記入してください