

毎年受けよう！

# 特定健診

実施期間

令和8年6月1日(月)から10月31日(土)

※9月・10月は医療機関が大変混雑しますので早めの受診をお願いします

- 日曜・祝日・休診日は除きます
- 医療機関により健診実施日および受付時間が異なります
- 土曜日に診療をしていますが健診は実施していない場合があります

健診費用

# 500円

通常は約13,000円かかる検査が、  
国保の助成により500円で受診できます。

国保加入の全ての方が対象です！

次のような人も健診を受けましょう！

昨年も健診を受診した

今は健康面での不安はない

持病で定期的を受診している

健診内容



問診・診察



身長・体重



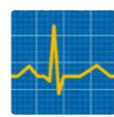
血圧測定



尿検査



血液検査



心電図検査

※医療機関で採ります

問い合わせ先

御殿場市 国保年金課  
電話 0550-82-4121

## 健診は余裕をもって早めに受診しましょう！

ステップ

1

受診票に記入する ※裏面参照



ステップ

2

医療機関を受診する(予約が必要な場合は事前に予約する)

予約が必要のない医療機関 (市町別、五十音順)			
阿部ひ尿器科	御殿場かいせい病院	ひまわり呼吸器科	やましたクリニック
岩瀬内科医院	斉藤医院	前田脳神経外科	渡辺整形外科内科医院
お八幡医院	なおメディカルクリニック	松尾クリニック	こうえい痛みのクリニック
上町医院	ばんクリニック	みくりやクリニック	友成医院
御殿場石川病院	東山クリニック	安田内科小児科医院	なかがわ医院

予約が必要な医療機関 (市町別、五十音順)			
かみお呼吸器クリニック	82-3700	富井医院	84-3322
神山復生病院	87-0004	東富士病院	82-6000
すずき整形外科クリニック	84-5050	フジ虎ノ門整形外科病院	89-5851
たうち小児科医院	81-5566	富士病院	83-6843
東部病院	89-8000	南寿堂医院	76-0088
時之栖・神山クリニック	86-0800	富士小山病院	78-1200
須走ファミリークリニック (令和8年6月1日開院予定)	98-4899(6/1より) ※開院までは小山町健康増進課(76-6668)にお問い合わせください		

持ち物

・受診票

・マイナ保険証または資格確認書(国保に加入中であることがわかるもの)

・健診費用(500円)

ステップ

3

約2週間後、医療機関へ結果を聞きに行く

糖尿病の指標が  
基準値以上だった方



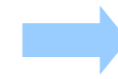
腎臓の機能を詳しく調べる検査である二次健診(尿中アルブミン検査)の対象です。  
糖尿病重症化による腎不全の予防のための尿中アルブミン検査(無料の尿検査)を受けて早期予防対策をしましょう！

メタボリスクがある方



対象者へ『からだいきいきプログラム』のご案内を送付します。  
保健師・栄養士のサポートのもと、生活習慣の改善をしましょう！

異常なし  
すでに治療中の方



来年度以降も毎年健診を受診して、今の状態を維持しましょう！

## 健診受診時の注意

- ◎ 体調がすぐれない時は受診を見合わせてください。
- ◎ マスクの着用につきましては、個人の判断に委ねられていますが、医療機関等では、重症化リスクの高い患者様もおられることから、着用へのご協力をお願いします。
- ◎ 食事から10時間空けるのが理想ですが、食事から4時間経っていれば検査できます。
- ◎ 薬を処方されている方は、内服について医師に確認してください。

☆脳ドックのご案内 (受診を希望される場合は、事前申請が必要です)

期間:年度末まで 自己負担金:6,900円

対象者:次の項目をすべて満たす方

- ① 御殿場市国民健康保険に加入している20歳以上の方
- ② 令和8年度の特定健診等(人間ドック含む)を受診済みの方(結果の提示必要)
- ③ 国民健康保険税を滞納していない世帯の方

※受診可能な人数には限りがありますので、実施期間中でも受付を終了する場合があります。  
また、医療機関の予約状況により、受診いただけない場合もあります。早めの予約・受診をお願いします。

※ 特定健診の結果等の個人情報、健康増進事業の実施に必要な範囲内で利用し、法令に基づく場合を除き、目的外で使用されることはありません。

# 記載例

記載例を見ながら、同封の特定健康診査受診票にボールペンで記入してください。



年 月 日

性別  男性  女性

生年月日 M T S H 年 月 日

被保険者証 記号番号 被保険者番号 枝番

電話番号 (携帯電話等、連絡のつきやすい番号を必ずご記入ください※)

※1 電話番号は、健診内容の確認や保健事業の案内のため使用します。

## 受診者記入欄

- 血圧を下げる薬を使用していますか  はい  いいえ
- 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  はい  いいえ
- 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  はい  いいえ
- 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  はい  いいえ
- 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  はい  いいえ
- 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  はい  いいえ
- 医師から、貧血といわれたことがありますか  はい  いいえ
- 現在、たばこを習慣的に吸っていますか  
「習慣的」とは、①・②に両方当てはまる場合  
① 最近1か月間吸っている  1. はい(①・②両方当てはまる)  3. いいえ  
② 生涯で6か月間以上又は合計100本以上吸っている  2. 以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない(②のみ当てはまる)
- 20歳の時の体重から10Kg以上増加していますか  はい  いいえ
- 1回30分以上の軽く汗をかき運動を週2日以上、  
1年以上実施していますか  はい  いいえ
- 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上  
実施していますか  はい  いいえ
- ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いと思いますか  はい  いいえ
- 食事をかんで食べるとき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、かみ合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
- 人と比較して食べる速度が速いと思いますか  1. 速い  2. 普通  3. 遅い
- 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか  はい  いいえ
- 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか  
 1. 毎日  2. 時々  3. ほとんど摂取しない
- 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか  はい  いいえ
- 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  
※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があり、  
最近1年以上酒類を摂取していない場合  
 1. 毎日  2. 週5~6日  3. 週3~4日  4. 週1~2日  
 5. 月に1~3日  6. 月に1日未満  7. やめた  8. 飲まない(飲めない)
- 飲酒日の1日あ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)、ウイスキーダブル  
1杯(60ml)、ワイン1杯(180ml)、缶チューハイ5度(500ml))  
 1. 1合未満  2. 1~2合未満  3. 2~3合未満  
 4. 3~5合未満  5. 5合以上
- 睡眠で休養が十分とれていますか  はい  いいえ
- 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか  
 1. 改善するつもりはない  2. 改善するつもりである(概ね6か月以内)  
 3. 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている  
 4. 既に改善に取り組んでいる(6か月未満)  5. 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
- これまで特定健康診査について、これまでに特定保健指導を受けましたか  はい  いいえ

## 医療機関記入欄

医療機関名 顧客コード

受診日(西暦) 20 年 月 日

健診種別  特定  基本  39歳以下

血糖検査時間  空腹時  食後(3.5h~10h未満)  3.5h未満

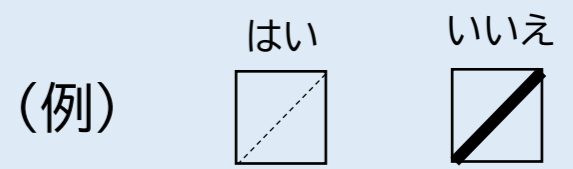
院内計測情報

採取日 8月8日 採取時刻 8時8分

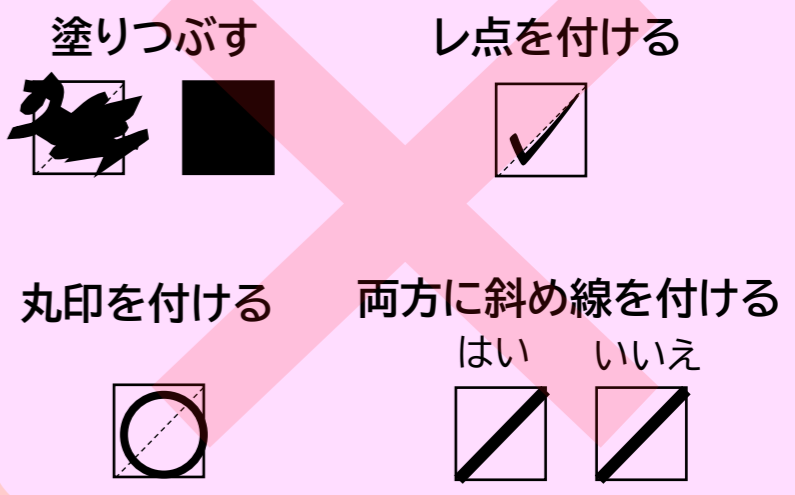
全血 1本 血清 1本 血糖 1本 血算 1本 尿 1本

受領印

質問項目のどちらか1つ該当する欄に斜線を付けてください。



### ※不適切な例



連絡が取れる電話番号を記入してください。

これまでにかかった病気(3つ以内)に斜線を付けてください。

自覚している症状(6つ以内)に斜線を付けてください。

既往歴(主たるもの3つ以内)		自覚症状(主たるもの6つ以内)	
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 胸部圧迫感
<input type="checkbox"/> 脳出血	<input type="checkbox"/> その他の脳血管疾患	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 息切れ
<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 不眠
<input type="checkbox"/> 心不全	<input type="checkbox"/> その他の心疾患	<input type="checkbox"/> 肩こり	<input type="checkbox"/> 腰痛
<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ感	<input type="checkbox"/> 頭痛
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 低血圧	<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> いつも調子が悪い
<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 慢性腎不全	<input type="checkbox"/> 腹が張っている	<input type="checkbox"/> 下痢
<input type="checkbox"/> 腎不全以外の腎疾患	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 痔
<input type="checkbox"/> がん	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> のどの渇き	
<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患		
<input type="checkbox"/> アレルギー疾患	<input type="checkbox"/> うつ		
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他		

記入方法で不明な点があれば、お電話でお問い合わせください。  
国保年金課 ☎0550-82-4121