

※ 健保の補助を受けずに健診を受けられた方が、健診結果をお送りいただく時のみ使います。

健診結果送付用紙 (提出用紙)

保険証記号—番号 —

健診を受けた日 年 月 日

※ 市区町村やパート先などで、健保補助を受けずに受診した方へ

希望のプレゼントへチェックをお願いします。チェックがない場合と配偶者以外の家族の方はQUOカード3,000円分のプレゼントとなります。(2025年4月1日以降に受診した健診結果に限ります。)

QUOカード3000円 WellGoポイント3300ポイント

2024年度(2024.4.1~2025.3.31に受診分)の結果はQUOカード1,000円分のプレゼントとなります。

下の表の中で、検査記録があるものに、**✓**印をつけてください。

< 必要な健診項目一覧 >

< 注意事項 >

結果項目		チェック
血液検査	肥満、脂質異常、 動脈硬化 などの検査	中性脂肪(TG) (トリグリセライド) <input type="checkbox"/>
		HDL- コレステロール <input type="checkbox"/>
		LDL- コレステロール もしくは non-HDL コレステロール <input type="checkbox"/>
	肝臓、胆のう、 すい臓、心臓の 障害などの検査	AST(GOT) <input type="checkbox"/>
		ALT(GPT) <input type="checkbox"/>
		GGT(γ-GTP) <input type="checkbox"/>
糖尿の検査	①空腹時血糖 (BS) <input type="checkbox"/>	
	② HbA1c (NGSP) <input type="checkbox"/>	
尿検査	糖尿の検査 尿糖 (尿GLU) <input type="checkbox"/>	
	腎臓の検査 尿たん白 (尿PRO) <input type="checkbox"/>	

検査結果が揃っていない場合は
受け付けできません。

◀ ①②のどちらか1つあれば結構です

尿検査は、健診の登録に必要な項目です。
◀ 検査を受けている方のみ、お送りください。
(検査結果を必ず添付してください)

測定項目		チェック	測定結果
身体計測	身長(cm)	<input type="checkbox"/>	cm
	体重(kg)	<input type="checkbox"/>	kg
	肥満の検査 腹囲(cm) *内臓脂肪量	<input type="checkbox"/>	cm
血圧	収縮期血圧(上)	<input type="checkbox"/>	
	拡張期血圧(下)	<input type="checkbox"/>	
生活習慣に関する質問	質問票 *裏面	<input type="checkbox"/>	必ずお送りください
既往歴		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
自覚症状		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
他覚症状		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
医師のメタボリックについてのコメント		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
判断した医師の氏名		<input type="checkbox"/>	
医療機関名		<input type="checkbox"/>	

医療機関で
計っていない場合は、
ご自身で計って
数値をご記入ください。

▲ 上記の記入欄にすべてご記入できましたら、①結果のコピー / ②この用紙 / ③質問票(この裏面) の3点を、JAL健保までお送りください。