様式２号（第５条関係）

検体No：

※年内最終診療日は各医療機関に
お問い合わせください。

令和８年度　岐阜市 特定健康診査 受診券　兼 診査票

交付年月日　令和　年　月　日

有効期限　令和 8 年 1 2 月 3 1 日

〒　－

住　所

カナ氏名

受診券整理番号

生年月日　年　月　日

性　別　男　女

健診内容及び窓口での自己負担

	健診内容	実施項目※	窓口自己負担（個別健診）
特定健診	基本項目	◎	800円
	基本項目　（貧血）	○	0円
その他	追加項目（尿潜血・血清アルブミン・空腹時または随時血糖 尿糖・クレアチニン・e-GFR）	◎	0円
	追加項目　（心電図）	○	0円
	追加項目　（眼底健診）	△	0円

保険者名	岐阜市
保険者番号	00210013
所在地	岐阜市司町40番地１
電話番号	058-214-2651
支払代行機関番号	92199025
支払代行機関名	岐阜県国民健康保険団体連合会

※◎は必ず実施、○は既往歴または医師の判断により実施、△は基準該当を要件に医師の判断により実施、又は検査が必要と医師が判断した場合に実施。

受診者様記入欄

太枠内を黒ボールペンでご記入ください。

電話番号　－　－

〈自覚症状〉現在、気になる症状があればチェックしてください　□ 特になし　□ 頭痛　□ 肩こり　□ めまい

□ 便秘　□ 膝痛　□ 腰痛　□ のどが渇く　□ 不眠　□ 食欲がない　□ 動悸・息切れ

□ 脈の乱れ　□ 胸のしめつけ　□ 手足がむくむ　□ 手足のしびれ　□ その他（　　）

〈現病歴〉現在、以下の病気で薬を使用されていますか（全てにお答えください）

1 高血圧　□ はい　□ いいえ　　2 糖尿病（インスリン注射を含む）　□ はい　□ いいえ

3 脂質異常（コレステロールや中性脂肪等）　□ はい　□ いいえ

〈既住歴〉以下の病気と言われたり、治療を受けたことがありますか（全てにお答えください）

4 脳卒中（脳出血、脳梗塞など）　□ はい　□ いいえ　　5 心臓病（狭心症、心筋梗塞など）　□ はい　□ いいえ

6 慢性腎臓病や腎不全、人工透析　□ はい　□ いいえ　　7 貧血　□ はい　□ いいえ

8 現在たばこを習慣的に吸っていますか

□ ①はい（最近１か月間吸っている）かつ（生涯で６か月間以上吸っている、または合計100本以上吸っている）

□ ②以前は吸っていた（生涯で６か月間以上吸った、または合計100本以上吸った）が、最近１か月は吸っていない

□ ③いいえ（①、②以外）

180401　00090

※裏面の「健康診査受診上の注意事項」もご覧ください