

姓 名			
住 址			
癌症筛查管理编号			
特定健康診断自费金额			

※请在就诊票上填写以下管理编号		自费金额
特定健康診断就诊券管理编号		
癌症筛查管理编号		
有效期限		

○可与特定健康診断同时就诊的筛查项目

肺癌筛查	接受特定健康診断时，请持特定健康診断的就诊券、就诊票前往医疗机构申请。
大肠癌筛查	
乙型、丙型肝炎病毒筛查	对于部分年龄的人士，已同封随附就诊票。请事先确认随附的“各种检（健）诊指南”中的要求条件，如果未同封随附就诊票，请咨询世田谷区癌症筛查受理中心（电话：03-6265-7573 FAX：03-6265-7559）。
前列腺癌筛查	
胃癌风险（ABC）检查	

○其他筛查
请参阅同封随附的“各种检（健）诊指南”。

◎过去的特定健康診断就诊结果

健康診断実施年度				20XX-1	年度	20XX-2	年度	20XX-3	年度
检查项目			单位	结果值	判定	结果值	判定	结果值	判定
必查项目	体格测量	身高	cm		—		—		—
		体重	kg		—		—		—
		BMI	kg/m ²		—		—		—
		腰围	cm		—		—		—
	血压	收缩压	mmHg						
		舒张压	mmHg						
	脂质	空腹甘油三酯	mg/dl						
		随机甘油三酯	mg/dl						
		HDL胆固醇	mg/dl						
		LDL胆固醇	mg/dl						
	肝功能	AST (GOT)	U/l						
		ALT (GPT)	U/l						
		γ-GT (γ-GTP)	U/l						
	血糖	空腹血糖	mg/dl						
		随机血糖	mg/dl		—		—		—
		糖化血红蛋白	%						
	尿	尿糖			—		—		—
		尿蛋白			—		—		—
由医生判断需要检查的项目	血液检查	红细胞压积	%		—		—		—
		血红蛋白值	g/dl						
		红细胞计数	万/mm ³		—		—		—
	眼底检查	Scheie分级 H（高血压性病变）			—		—		—
		Scheie分级 S（动脉硬化性病变）			—		—		—

◆此健康診断结果中并未记载全部检查项目。
◆请注意，对于年度末就诊者等，可能无法反映上一年度的就诊结果。
◆如果健康診断结果超出保健指导判定值，判定栏内会显示“＊”。
※有关保健指导判定值，请参阅背面。

◎就诊时请持以下4件物品前往医疗机构。

- ◆就诊券（本纸）
- ◆就诊票
- ◆世田谷区国民健康保险被保险者证 or 资格确认书 or 个人编号保险证
- ◆自费金额（请确认以下内容）

仅限特定健康診断	500日元
----------	-------

※同时进行其他筛查时，需要支付以下额外费用。

肺癌筛查（仅X光）	+100日元
肺癌筛查（X光+验痰）	+600日元
大肠癌筛查	+200日元

※如果[就诊券]、【个人留存】中自费金额一栏写有“免费”字样，则可免除上述自费金额。
与特定健康診断不同，进行癌症筛查时，需出示【个人留存】。

◎如果加入了世田谷区国民健康保险以外的其他健康保险，则无法使用此就诊券。请确认您加入的健康保险。

◎如果在75岁生日以后就诊，需携带长寿健康診断的就诊券，因此请联络国保年金课特定健诊系。

【咨询方式】

◆特定健康診断相关事宜◆

世田谷区 国保・年金课 特定健诊系

电话： 03-5432-2936

FAX： 03-5432-3005

◆癌症筛查相关事宜◆

世田谷区癌症筛查受理中心

电话： 03-6265-7573

FAX： 03-6265-7559

保险者编号・名称	00138123 世田谷区
代支付机构编号	91399022
代支付机构名称	东京都国民健康保险团体联合会

健康诊断检查项目的保健指导判定值

保健指导判定值是指，达到后会被认为需要改善生活习惯以预防疾病发生的限值。

另外，检查结果达到建议就诊判定值时，推荐前往医疗机构就诊。

检查项目		保健指导判定值	建议就诊判定值
血压	收缩期 (mmHg)	130 ～ 139	140 以上
	舒张期 (mmHg)	85 ～ 89	90 以上
脂质	空腹时甘油三酯 (mg/dl)	150 ～ 299	300 以上
	随机甘油三酯 (mg/dl)	175 ～ 299	300 以上
	HDL胆固醇 (mg/dl)	未满40	—
	LDL胆固醇 (mg/dl)	120 ～ 139	140 以上
血糖	空腹时血糖 (mg/dl)	100 ～ 125	126 以上
	糖化血红蛋白 (%)	5.6 ～ 6.4	6.5 以上
肝功能	AST (GOT) (U/l)	31 ～ 50	51 以上
	ALT (GPT) (U/l)	31 ～ 50	51 以上
	γ-GT (γ-GTP) (U/l)	51 ～ 100	101 以上
贫血	血红蛋白值 (Hb) (g/dl)	12.1 ～ 13.0 (男性) 11.1 ～ 12.0 (女性)	12.0 以下 (男性) 11.0 以下 (女性)

※有关上述检查项目的目的，请参阅“特定健康诊断指南”。

※保健指导判定值引用自厚生劳动省“标准的健康诊断・保健指导方案”。