

■診の予約をする前に健診機関にお問い合わせください。  
この受診券に記載しています。



- ・電話がつかない
- ・個人で来たまま市が同じ
- ・工賃目下確認
- ・出来上がりまで確認→会社に提出問に合うか
- ・金額が安い
- ・日にち取り→こいばのいばり

## 会社健診申込書

個人けんけんしんのしるし

医療法人社団弘象会東和病院 〒336-0926 さいたま市緑区東浦和7-6-1 TEL:048-873-8621 FAX:048-873-5578

氏名	カタカナ	性別	生年月日	健診①	健診②	健診希望日

個人  
担当  
当角  
DCC

会社

患者

けんけんしんのしるし  
会社の

女性  
をけんけんしん  
持ち上げ  
てもらう

会社名

担当者名

連絡先

住所

※健診①または健診②に○をして下さい。

健診① {身長・体重・BMI：視力・聴力・血圧測定・検尿} 胸部XP 5,500円

健診②：上記項目に加え心電図、採血（肝機能・脂質・血糖） 8,800円

請求先

→ 10日前後かかる

→ 心臓の動き

※ 午後の方はお昼抜き

※ 午前・午後どちらでもOK

※ 受け付け  
加減あり  
2重検査  
(レントゲン付き)・5900 → 数日かかる → 連絡  
・8800 → BMIは会社に出す 20以下

さいたま市

さいたま市 みつかり多分券 バンコト

さいたま市 社人 20 15 15

組合 国 15

11がもはカンのみ

170さいト上

10 = 2. 15 15

後期 15 2

175 15 15

18. 15 15 15

(65 15 ~ 15 15)

(15 15 15 15 15)

2 15 15 15 15 15

→ 2 15 15 15 15 15



健康診断個人表 令和 06年(西暦 2024年)

事業所名	埼玉土建
所在地	

kana		生年月日	1965/4/30	健診年月日	2024/10/18	性別	
氏名			S40.4.30	年齢	59		M
業務歴			血圧	3 最高血圧	145	<140mmHg	
				1 最低血圧	77	<90mmHg	
既往歴	高血圧・糖尿病・痛風・花粉症		尿検査	1 潜血	(-)	(-)	
				1 蛋白	(-)	(-)	
				1 糖	(-)	(-)	
自覚症状	なし		末梢血検査	1 白血球数(WBC)	7440	3500 - 9700	
				1 赤血球数(RBC)	451	M438 - 577	
				1 血色素測定(Hb)	13.6	M13.6 - 18.3	
				1 ヘマトクリット値(Ht)	41.1	M40.4 - 51.9	
他覚症状	なし			1 血小板数	29.7	14.0 - 37.9	
身長		176.5		3 AST(GOT)	54	10 - 40	
体重		108.1		1 ALT(GPT)	32	5 - 45	
BMI	3	34.7%	18.5-24.9%	1 γ-GTP	69	M LT 79	
腹囲	3	118	<85cm	1 総コレステロール	215	219以下 計算値	
視力	1 右	0.5	(矯正)	3 中性脂肪	219	50 - 149	
	1 左	0.4	(矯正)	1 HDLコレステロール	42	M 40 - 80	
聴力	2 右1000Hz	所見あり	30db	1 LDLコレステロール	129	70 - 139	
	2 右4000Hz	所見あり	30db	3 空腹時血糖	119	70 - 109	
	2 左1000Hz	所見あり	40db	3 HbA1c(NGSP)	6.7	4.6 - 6.2	
	2 左4000Hz	所見あり	40db	1 尿酸(UA)	4.9	M 3.6-7.0	
心電図検査	1	異常なし		1 尿素窒素(BUN)	14	8.0 - 20.0	
				1 クレアチニン(Cre)	0.87	M 0.65-1.09	
				1 eGFR	70.1	60以上 計算値	
胸部X線	3	撮影日時 2024/10/18	心陰影拡大	5 便潜血1日目	(+)	(-)	
				1 便潜血2日目	(-)	(-)	
喫煙歴		喫煙をやめた		診断	肥満・腹囲超過	日常生活・食事に注意	
					聴力検査異常	軽度異常・経過観察	
					胸部X線異常	要経過観察	
					高血圧	日常生活・食事に注意	
					肝機能障害	要経過観察	
					脂質異常	要経過観察	
					糖尿病	日常生活・食事に注意	
					便潜血 陽性	要精密検査	
上部消化管					メタボリック症候群の判定	該当	
					健康診断を実施した医師の氏名	松原正直	
					医療法人社団 弘象会 東和病院		
					埼玉県さいたま市緑区東浦和7-6-1 TEL 048-873-8621		

判定  
指導区分

- ① 異常なし  
② わずかに異常があります。  
③ 日常生活・食事に注意が必要です。  
③ 経過観察が必要です。

- ④ 治療が必要です。  
⑤ 再検査が必要です。



## 健康診断個人表 令和 06年(西暦 2024年)

事業所名	個人
所在地	

kana		生年月日	1962/5/29	健診年月日	2024/10/5	性別	
氏名			S37.5.29	年齢	62		M
業務歴			血圧	4 最高血圧	143	<140mmHg	
				4 最低血圧	95	<90mmHg	
既往歴	特記事項なし		尿検査	1 潜血	(-)	(-)	
				1 蛋白	(-)	(-)	
				1 糖	(-)	(-)	
自覚症状	なし		末梢血検査	1 白血球数(WBC)	6140	3500 ~ 9700	
				1 赤血球数(RBC)	501	男 438~577	
				1 血色素測定(Hb)	15.5	男13.6~18.3	
				1 ヘマトクリット値(Ht)	47.6	男40.4~51.9	
他覚症状	なし			1 血小板数	21.6	14.0~37.9	
			生化学検査	1 AST(GOT)	28	10 ~ 40	
				1 ALT(GPT)	41	5 ~ 45	
身長		179.0		1 γ-GTP	38	男 79以下	
体重		90.2		1 総コレステロール	213	219以下 計算値	
BMI	3	28.2%	18.5-24.9%	3 中性脂肪	168	50 ~ 149	
腹囲	3	99.0	<85cm	1 HDLコレステロール	48	男 40 ~ 80	
視力	1 右	0.6	(矯正)	1 LDLコレステロール	131	70 ~ 139	
	1 左	1.2	(矯正)	1 空腹時血糖	104	70 ~ 109	
聴力	1 右1000Hz	所見なし	30db	HbA1c(NGSP)		4.6~6.2	
	2 右4000Hz	所見あり	30db	尿酸(UA)		M:3.6~7.0	
	1 左1000Hz	所見なし	40db	尿素窒素(BUN)		8.0~20.0	
	1 左4000Hz	所見なし	40db	1 クレアチニン(Cre)	1.06	男 0.65~1.09	
心電図検査	1	異常なし		3 eGFR	55.7	60以上 計算値	
胸部X線	1	撮影日時 2024/10/5 異常なし	診断	肥満・腹囲超過	日常生活・食事に注意		
喫煙歴		喫煙をやめた 100		聴力検査異常	軽度異常・経過観察		
				高血圧	要治療		
				脂質異常	要経過観察		
				軽度腎障害	日常生活・食事に注意		
上部消化管 レントゲン撮影							
ヘリコバクター検査				メタボリック症候群の判定	該当		
ペプシノーゲン検査				健康診断を実施した医師の氏名	松原正直		
				医療法人社団 弘象会 東和病院			
				埼玉県さいたま市緑区東浦和7-6-1 TEL 048-873-8621			

判定  
指導区分

- ① 異常なし  
② わずかに異常があります。  
③ 日常生活・食事に注意が必要です。

- ③ 経過観察が必要です。  
④ 治療が必要です。  
⑤ 再検査が必要です。

## 健康診断結果の見方

検査項目		結果説明
身体測定	B M I	身長と体重を計測し、B M I（体格指数）を算出します。 $B M I = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)} \div \text{身長 (m)}$ 18.5～24.9が基準値となります。18.5未満を低体重、25.0以上を肥満と判定します。
	腹囲	内臓脂肪の蓄積を調べるために腹囲を測定します。おへそを中心にして腹囲を測り、メタボリックシンドロームの疑いがあるかを調べます。男性は85cm未満、女性は90cm未満を基準値として異常なしとなります。
視力	視力	5m先のものがどれだけ見えるか左右の視力を測定します。裸眼で左右とも0.7以上で正常です。0.6以下だと近視や乱視などの疑いがあります。矯正で0.6以下だと、メガネやコンタクトレンズが適切でない可能性があります。
聴力	聴力	聴力検査はオーディオメーターで、左右の1000Hz（会話音域）と4000Hz（高音域）の聴力低下がないか調べます。1000Hzは30dB、4000Hzは40dBが基準値となります
血圧	血圧	血液測定は血管の中を血液が通る際に、血管にかかる圧力を調べます。収縮期血圧（最高血圧）が140mmHg以上、または拡張期血圧（最低血圧）が90mmHg以上だと高血圧と判断されます。高血圧は動脈硬化や、心筋梗塞・脳梗塞の病気につながることがあります。
尿検査	尿蛋白 尿潜血	腎疾患、起立性蛋白尿などで陽性になることがあります。 腎臓・膀胱・尿道等に異常があると陽性になることがあります。
	尿 糖 尿ウロビリ	糖尿病や腎性糖尿などで陽性になることがあります。 重い肝機能障害、溶血性貧血や便秘などで陽性になることがあります。
大腸	便潜血	糞便中に混入した、ヒト由来のヘモグロビンに特異的に反応します。大腸ポリープ、大腸がん潰瘍性大腸炎、痔、胃・十二指腸潰瘍などの病気を発見できます。
血液一般	赤血球数	赤血球は血液中で酸素を運ぶ役目を持っています。貧血を調べる検査ですが、Hb（ヘモグロビン）やHt（ヘマトクリット）などと合わせて総合的に判断します。
	ヘマトクリット (H t)	ヘマトクリットは血液の中で赤血球が占める容積の割合です。低い値は血液濃度が薄いことにもなり貧血が疑われます。反対に、脱水症や多血症では高い値になります。
	血色素量 (H b)	血色素量（ヘモグロビン）は赤血球中の酸素を運ぶためのタンパク質です。
	M C V M C H M C H C	赤血球1個あたりの平均容量 赤血球1個あたりのH b量 赤血球1個あたりの平均H b濃度
	血小板	血小板は出血した時、血栓を作って血を止める働きをします。
	血清鉄	血清鉄は赤血球造血や生体エネルギー代謝に必須の金属です。これが低値を示す場合は、鉄欠乏性貧血が考えられます。
炎症反応	白血球数	細菌やウイルスなどの捕食や免疫の働きで外敵から体を守るのが白血球の役目です。感染症、炎症、白血球など様々な疾患で増加しますが、まれに減少する疾患もあります。
	C R P	炎症や組織の障害によって上昇します。

## 健康診断結果の見方

検査項目		結果説明
肝機能	A S T ( G O T )	肝臓の細胞に多く含まれている為、細胞が壊れると血中に増加します。その為、肝機能障害の指標になります。その他、心筋骨格筋や赤血球にも含まれている為、これらの障害により増加します。
	A L P ( G P T )	A S T ( G O T ) と同様、肝機能障害の指標ですが、肝特異性が高く、特に肝炎では数値が高くなる傾向があります。
	γ-G T P	アルコール（お酒）による肝機能障害の指標になります。肥満や脂肪肝などの影響で高値を示すこともあります。
脂質代謝	総コレステロール	血中コレステロールの総量を調べます。高い値の場合は、脂質異常症（高脂血症）になる可能性があります。動脈硬化、糖尿病などの危険因子になります。
	中性脂肪	血液中の中性脂肪の量を調べます。高値の場合、肥満や脂肪肝・動脈硬化などの原因となります。食事の影響を受けやすい検査でもあります。
	H D L コレステロール	善玉コレステロールの量を調べます。動脈に溜まったコレステロールを取り除く働きがあります。低い値の場合、動脈硬化性疾患（心筋梗塞や脳梗塞）の危険因子になります。喫煙の影響で低値になる場合もあります。
	L D L コレステロール	悪玉コレステロールの量を調べます。高値の時は、動脈硬化を促進し、脂質異常症（高脂血症）になる可能性があります。また高い値が続くと血管の細胞に余分に溜まってしまい動脈が狭くなり、つまり易くなります。心筋梗塞や脳梗塞の原因にもなります。
血糖	血糖	血中のブドウ糖濃度を示し、糖尿病で上昇します。食事の影響を受けやすい検査なので、空腹時での結果が正常範囲の方でも食後1～3時間は上昇していることがあります。
	H b A 1 c	過去1～2ヶ月の平均血糖値を反映します。血糖と同様、糖尿病の指標に役立ちます。
腎機能	尿素窒素	腎機能の働きをみる検査です。腎臓を排出される老廃物で、腎機能が悪くなると増加します。
	クレアチニン	尿素窒素（B U N）と同様、腎機能の検査です。検査値は筋肉量にも比例しますので、一般的には男性より女性の方が低値になります。
	e G F R	腎臓にどれくらい老廃物を尿に排泄する能力があるかを示しており、この値が低いほど腎臓の働きが悪いということになります。
尿酸	尿酸	老廃物の一種で血中に増加すると関節や臓器に沈着して、痛風や腎機能障害を引き起こします
ピロリ菌	I g G 抗体	I g G 抗体定量（抗体濃度）が10.0以上の場合、陽性（+）となります。 抗体濃度が10.0未満の場合、陰性（-）となりますが、3.0～9.9は陰性高値と呼ばれています。 陰性高値の多くは以前ピロリ菌に感染していた方が75%。残りは現在感染している方が10%、未感染者も15%含まれます たとえ判定結果が陰性（-）であっても3.0から～9.9の陰性高値の方は、別法（便中ピロリ菌検査・尿素呼気検査など）でピロリ菌感染の有無を再確認する必要があります。

医療法人社団弘象会 東和病院

〒336-0926 埼玉県さいたま市緑区東浦和7-6-1

T E L : 0 4 8 - 8 7 3 - 8 6 2 1

## ※ 医療等の状況について

(治療を受けた医療機関等に傷病名、医療費または施術料等の証明を受ける用紙)

学校・保育所等の管理下

- ・授業中(保育中を含む)

例;各教科、遠足、修学旅行、大掃除など

- ・課外指導中

例;部活動、林間学校、臨海学校など

- ・休憩時間中及び学校の定めた特定時間中

例;始業前、業間休み、昼休み、放課後

- ・通常の経路及び方法による通学(園)中

例;登校(登園)中、下校(降園)中

- ・その他 寄宿舍にあるとき

◎診療報酬点数500点以上であれば記入可能。

1か月間の診療につき1枚用紙を記入。(追記はできない)

申請後、医療費の4割分(自己負担額3割+お見舞金1割)が給付される。

◎診療報酬点数500点未満の場合や何らかの理由で給付対象となった場合は、

各区の保険年金課へ申請し、医療費の払い戻しを受けていただく。

保険適用外の治療、診断書料、交通費等は給付対象となりません。

記入に時間がかかる場合があるため、

「10～15分ほどかかりますが、お待ちになりますか?」とお声をかける。

待つ場合 ; おかけになってお待ちくださいと。

後日の場合;受け取りに来る保護者の連絡先を聞き、

「出来上がりましたらご連絡いたします。」と伝える。

その際、都合の悪い時間帯などがあれば確認しておく。

記入した用紙は、コピーし、原本は患者、コピーは電子カルテにスキャンする。



医療等の状況

立 学校(園)

令和 年 月 分

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

被災児童生徒等	氏名	男 女		平成 令和	年 月 日生										
傷病名	(1) (2) (3)														
診療開始日	(1)	令和	年	月	日	診療実日数 日	転 帰								
	(2)	令和	年	月	日		治 癒	死 亡	中 止						
	(3)	令和	年	月	日										
診療請求報酬数	外 来 に 係 る 療 養					入 院 に 係 る 療 養									
	十万	万	千	百	十	一	点	日 数	十万	万	千	百	十	一	点
								日 間							
上記のとおり証明します。							入院に係る食事療養標準負担額	日 数	万	千	百	十	一	円	
							日 間								
令和 年 月 日															
医療機関所在地及び名称															
氏 名															
※ 決 定	外来に係る療養分		10円×	点× $\frac{4}{10}$ =		円									
	入院に係る療養分		10円×	点× $\frac{4}{10}$ =		円									
	入院に係る食事療養標準負担額						円								
	合 計						円								

医療機関へお願い  
診療報酬請求点数及び負担金額欄中、空欄となる上位けた数欄は、×印等で抹消してください。

- (注) 1 この医療等の状況は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての療養を受けた場合に使用すること。  
2 病院又は診療所における医科の療養と歯科の療養は、それぞれ別葉とすること。  
3 入院に係る食事療養標準負担額欄は、食事をとった日数の合計と食事療養標準負担額の合計額を記入すること。  
4 ※印は、記入しないこと。  
5 この医療等の状況の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。(*該当する項目に☑をつけてください。)		
①記入者*	②公費負担医療制度*	☐乳幼児 ☐ひとり親 ☐子ども医療助成 ☐障害者総合支援法*
☐保護者 ☐学校(園) ☐設置者 ☐医療機関	☐利用なし(記入終了) ☐利用あり(右欄記入)	☐その他 (利用している制度を記入) [ ]
		自己負担額 (「利用あり」の場合に記入) 円

医療機関を受診した場合は、本用紙に証明していただってください。

- ## 「医療等の状況」の記入方法

医療費の証明に当たっては、以下の記入例に基づきご対応いただきますようお願い申し上げます。

- この枠内の記入をお願いします。

療養月を記入してください。

- ・学校の管理下での災害による傷病名のみ記入してください。
  - ・傷病部位を記入してください。
- 例) 21 | 1 歯牙破折

入院・外来の合計を記入してください。

治療が継続している場合は、記入の必要はありません。

保険外診療や学校の管理下と関係のない傷病  
(むし歯など)の点数を除いて記入してください。

食事療養標準負担額を記入してください。（課税世帯で、1日3食で3日間入院する場合は、 $460\text{円} \times 3\text{食} \times 3\text{日} = 4,140\text{円}$ となります。）

証明日・医療機関所在地及び名称・氏名の記入  
をお願いします。

公費負担医療制度の利用の記入について、ご協力いただける場合は、よろしくお願いします。

証明いただいた傷病名が、学校・保育所等の管理下の災害以外によるものと考えられる場合や傷病名と因果関係が判然としない場合などは、証明内容を確認させていただく場合があります。その場合は、傷病名欄余白等に記入していただくようお願いいたします。

学校安全Webホームページ：[https:// www.ipnsport.go.jp/anzen/](https://www.ipnsport.go.jp/anzen/)に詳細を掲載しています。



**JAPAN SPORT**



生活保護法による保護変更申請書（医療移送費）

移送費は医療扶助の一部として支給。

⇒担当医が給付要否意見書を記入し、通院の必要性があると認められた場合

生活保護の8つの扶助；生活扶助、教育扶助、住宅扶助、**医療扶助**、介護扶助、出産扶助、  
生業扶助、葬祭扶助

医療扶助とは、8つの扶助のうちの1つで、病気やけがの治療のため、医療機関等にかかるための費用を扶助。

- ・交通手段（バス、電車⇒領収書がないので、病院までの乗車区間を確認）  
（タクシー ⇒領収書を確認する）

受診確認書を預かったら、受診日を確認、該当日に上田印を押す。

医療機関の所在地・名称の入った印を押す。

※患者氏名、受診年月、生活保護法による保護変更申請書（医療移送費）は患者が記入。

# 受 診 確 認 書

患者氏名と受診年月については、申請者が記入してください。

患者氏名		受診年月	令和	年	月分
------	--	------	----	---	----

下記の太枠内については、受診した医療機関で記載を受けてください。

さいたま市緑福祉事務所長 様							
上記患者の、当医療機関への受診実績（上記受診年月分）については、次のとおりです。							
1 日		8 日		15 日		22 日	
2 日		9 日		16 日		23 日	
3 日		10 日		17 日		24 日	
4 日		11 日		18 日		25 日	
5 日		12 日		19 日		26 日	
6 日		13 日		20 日		27 日	
7 日		14 日		21 日		28 日	
※ 患者が受診した日について、医療機関の印・スタンプ等を押印してください（詳細下記）。						29 日	
医療機関の 所在地・名称  院（所）長						30 日	
						31 日	
医療法人社団弘象会 <b>東 和 病 院</b> 埼玉県さいたま市緑区東和7-6-1 電話048(873)8621 <b>上 田 象 三</b>							

（医療機関へのお願い並びに記載要領）

- この面の太枠内を、医療機関において記載してください。
- この「受診確認書」は、さいたま市内の福祉事務所で生活保護を受けている患者が、医療機関（さいたま市外に所在する医療機関を含む）への受診に係る交通費について、生活保護法による医療扶助における移送の給付を受けようとするときに、患者の受診実績を証明するために必要となる資料です。
- 日付欄の、患者が受診した日付に該当する欄に、医療機関の印・スタンプ等を押印してください。
- 患者が、やむを得ない理由により、同日に2回以上受診した場合は、日付欄に押印した余白に、「2回」等と朱書してください。
- 「受診確認書」は、指定医療機関医療担当規程第7条に言う「必要な証明書又は意見書等」に該当しますので、記載・交付は無償で行っていただくこととなります。
- 患者氏名、受診年月、及び「生活保護法による保護変更申請書（医療移送費）」（この用紙の反対側の面の太枠内）は、患者が記入します。
- 「受診確認書」に記載された内容について、福祉事務所から医療機関にお問い合わせさせていただく場合があります。



## 生活保護法による保護変更申請書（医療移送費）

令和 年 月 分

下記の太枠内に記入してください。

令和 年 月 日 収受印

さいたま市緑福祉事務所長 様

住所

申請者

氏名

こちら側の面は  
患者自身で記入  
してもらいます。

下記のとおり医療機関に受診しましたので、生活保護法による保護の変更（医療扶助の移送費の給付）を申請します。

患者氏名	男・女	世帯主氏名 (患者との続柄)
明・大・昭・平・令	年生まれ( 歳)	
居住地	さいたま市 区	
受診先医療機関	交通手段・経路および片道運賃（電車・バス等の場合）	
	～	(片道 円)
	～	(片道 円)
	～	(片道 円)
1 日 円	8 日 円	15 日 円
2 日 円	9 日 円	16 日 円
3 日 円	10 日 円	17 日 円
4 日 円	11 日 円	18 日 円
5 日 円	12 日 円	19 日 円
6 日 円	13 日 円	20 日 円
7 日 円	14 日 円	21 日 円
通院日数	備考	29 日 円
日		30 日 円
かかった費用の合計額		31 日 円
円		円

福祉事務所 確認欄	給付要否意見書による給付承認期間	割引等	給付決定額
	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	<input type="checkbox"/> 障害者割引運賃 <input type="checkbox"/> 障害福祉タクシー券 <input type="checkbox"/> 回数券・定期券 <input type="checkbox"/> その他 ( )	円

(生活保護法による医療扶助における移送の給付を受けようとする方へ)

- 医療扶助における移送の給付を受けようとするときは、この用紙の反対側の面（「受診確認書」）に氏名・受診年月を記入して、受診の際に、医療機関の印・スタンプ等を押印してもらってください。
- 複数の医療機関に受診する場合は、医療機関ごとに1枚ずつの用紙を使用してください。
- 「受診確認書」に医療機関の押印を受けた上で、「生活保護法による保護変更申請書（医療移送費）」に必要事項を記入して、福祉事務所に提出してください。
- タクシー等を利用して受診した場合は、この用紙にタクシー等の領収書等を添付して、福祉事務所に提出してください。  
なお、タクシー等の利用については事前に福祉事務所の承認を受けてください。