

※入札公告を必ず確認してください。(海老名市ホームページに掲載しています)

入札案件概要書（物品）

契約番号：7923

件 名	特定健康診査及び後期高齢者健康診査受診券等作成業務	
履行場所	海老名市勝瀬 175 番地の 1 ほか 1 地内	
期 間	令和 8 年 1 月 28 日 ～ 令和 8 年 5 月 28 日	
契約の内容等	別紙 仕様書等 のとおり ○複数年契約 ○入札は期間全体の税抜金額 ○令和 7 年度の支払いはありません ○見本の配布を希望する場合は、入札参加資格確認申請後、海老名市役所契約検査課で受領してください。	
予定価格	5,388,350 円 (税込)	4,898,500 円 (税抜)
入札方法等	条件付一般競争入札(電子入札)	
質疑 (同等品や仕様等に関する事項)	所定の書式により、FAX で受け付けます。 電子入札システムの機能は使用しないでください。	

参加条件	営業種目	620 フォーム印刷 又は 485 情報処理業務委託	
	発注区分 区分の詳細は入札公告で確認してください。	第 4 区分	第 1・第 2 区分の入札に初めて参加する場合は、営業実態調査票及び認定書の写しを提出してください。
	その他の要件	○告示日現在において、プライバシーマーク又は ISMS の認証を取得していること。	
事前提出書類 (システム添付)		参加資格確認申請時にファイルを添付してください。 <u>ファイルは一つにまとめてください。</u> ○「許認可等調書」(本概要書添付の調書を使用、次の書類を併せて提出) ・プライバシーマーク又は ISMS の認証取得を確認できる書類の写し	
落札候補者が提出する書類 (FAX046-232-6574)		開札後、落札候補者は次の書類をFAXで提出してください。 (落札候補者決定の翌開庁日午前 10 時まで。詳細は開札後 FAX で通知します。) ○内訳書(本概要書添付の内訳書を使用してください。)	

特定健康診査及び後期高齢者健康診査受診券等作成業務仕様書

1 印刷物の作成

(1) 封筒

見本 1・2 のとおり

ア サイズは別表のとおりとすること。

イ 封入口は、アドヘア加工とすること。

ウ 受診案内文書に印字された郵便番号、住所、受診者氏名等の情報が確認できるよう窓あき加工を施すこと。

エ 材質は、上質紙とすること。

オ 刷り色は、表面 1 色、裏面 1 色、内部地紋 1 色とする。

(2) 受診券・受診案内文書（以下「受診券等」という。）

見本 3・4 のとおり

ア 受診券は、受診案内文書に一体化し、受診券切離し用のミシン目（切取り線）を入れること。

イ 受診券のサイズは、縦140mm×横100mm（はがき大）とすること。

ウ 材質は、上質紙とすること。

エ 厚みは70kgとすること。

オ 受診券等は、表面 2 色、裏面 1 色とする。

カ 発注者は、受注者に印影を貸与する。

(3) 健康診査票（特定健診専用）

見本 5 のとおり

ア サイズは別表のとおりとすること。

イ ノンカーボン 3 枚複写とすること。

ウ 厚みは、1 枚目及び 2 枚目を 40kg、3 枚目を 50kg とすること。

エ 健康診査票は、1 枚目及び 2 枚目を表面 1 色、3 枚目を表面 1 色、裏面 1 色とすること。

(4) 健康診査票（後期健診専用）

見本 6 のとおり

ア サイズは別表のとおりとすること。

イ ノンカーボン 3 枚複写とすること。

ウ 厚みは、1 枚目及び 2 枚目を 40kg、3 枚目を 50kg とすること。

エ 健康診査票は、1枚目及び2枚目を表面2色、3枚目を表面1色、裏面1色とすること。

(5) 健康診査票記入例（特定健診専用）

見本7のとおり

ア サイズは別表のとおりとすること。

イ 記入必要箇所を赤色で表示（コメント付き）すること。

ウ 材質は、上質紙とすること。

エ 健康診査票記入例は、表面2色とすること。

(6) 健康診査票記入例（後期健診専用）

見本8のとおり

ア サイズは別表のとおりとすること。

イ 記入必要箇所を赤色で表示（コメント付き）すること。

ウ 材質は、上質紙とすること。

エ 健康診査票記入例は、表面2色とすること。

(7) 協力医療機関一覧表（特定健診専用）

見本9のとおり

ア 発注者が指定した色の色上質紙を、受注者が用意すること。

イ 発注者が提供するPDFデータを印字すること。

ウ サイズは別表のとおりとすること。

エ 協力医療機関一覧表は表面1色、裏面1色とすること。

(8) 協力医療機関一覧表（後期健診専用）

見本10のとおり

ア 発注者が指定した色の色上質紙を、受注者が用意すること。

イ 発注者が提供するPDFデータを印字すること。

ウ サイズは別表のとおりとすること。

エ 協力医療機関一覧表は表面1色、裏面1色とすること。

(9) 年度途中75歳到達者用チラシ（特定健診専用）

見本11のとおり

ア 発注者が提供する色上質紙を使用すること。

イ 発注者が提供するPDFデータを印字すること。

2 印刷物への受診者情報の印字

(1) 共通事項

- ア 受診者情報は、発注者が貸与するデータを使用すること。
- イ データ授受媒体は、C Dとし、仕様は以下のとおりとする。
 - A データ形式：C S V形式
 - B 文字コード：U T F - 8
 - C 外字データ形式：TTEファイル
 - D その他ファイルレイアウトのとおりにする
- ウ データ授受媒体は、令和8年4月6日までに提供する。
- エ 受注者は、受診者情報を印字する前に発注者が選定した対象者（5名～10名程度）の印字サンプルを提出し、発注者の確認を経た上で印字すること。
- オ 受注者は、データ授受媒体を借用する際、発注者が用意する様式の借用書及び管理表を提出すること。
- カ ユーザー外字は富士通製文字（F U J 明朝体）を使用する。
 - ※外字ファイルについてはJ E F拡張漢字サポート（富士通製ミドルウェア）の「利用者定義文字コピー」メニューから、「unicode-jef明朝フォント」として移入することにより、表示可能となる。
 - なお、発注者は受注者に対してJ E F拡張漢字サポートは供給しない。
- キ 宛名、被保険者氏名等、外字を使用する箇所については、「FUJ明朝体」フォントを使用すること。

(2) 受診券等への受診者情報の印字

受診券等には、発注者が提供する受診者情報（送付先住所、送付先宛名、カスタマバーコード等の宛名情報、受診券整理番号、受診者氏名、性別、生年月日、有効期限及び窓口での自己負担額）及び交付日（令和8年6月1日）を発注者が指定する位置に黒字で印字する。

(3) 健康診査票への受診者情報の印字

健康診査票には、発注者が提供する受診者情報（受診券整理番号、被保険者番号、受診者氏名（カナ含む）、性別、生年月日、年度内到達年齢、住所及び有効期限）を発注者の指定する位置に印字する。

3 印刷物の規格・予定数量等

別表のとおり

4 封入物及び封入方法

- (1) 受診券等に出力された受診者氏名、カスタマバーコード等の宛名情報、管理番号が、封筒の窓あき部分から確認できるよう、受診者ごとに以下の書類を封入すること。

ア 特定健康診査対象者 A

- (ア) 受診券等（機械による二つ折りとする。ただし、受診券には折り跡をつけないこと。）
- (イ) 健康診査票（特定健診専用）（機械による二つ折りとする。ただし、ア - （ア）と同一受診者のものとする。）
- (ウ) 健康診査票記入例（特定健診専用）（機械による二つ折り）
- (エ) 健診実施医療機関一覧（機械による二つ折り）（特定健診用）
- (オ) 健康マイレージ案内（A 4 判）
- (カ) 特定健診のご案内（A 4 判冊子）

イ 特定健康診査対象者 B

- (ア) 受診券等（機械による二つ折りとする。ただし、受診券には折り跡をつけないこと。）
- (イ) 年度途中75歳到達者用チラシ（A 4 判）
- (ウ) 健康診査票（特定健診専用）（機械による二つ折りとする。ただし、イ - （ア）と同一受診者のものとする。）
- (エ) 健康診査票（後期健診専用）（機械による二つ折りとする。ただし、イ - （ア）と同一受診者のものとする。）
- (オ) 健康診査票記入例（特定健診専用）（機械による二つ折り）
- (カ) 健康診査票記入例（後期健診専用）（機械による二つ折り）
- (キ) 健診実施医療機関一覧（機械による二つ折り）（特定健診・後期健診用）
- (ク) 健康マイレージ案内（A 4 判）
- (ケ) 特定健診のご案内（A 4 判冊子）

ウ 後期高齢者健康診査対象者

- (ア) 受診券等（機械による二つ折りとする。ただし、受診券には折り跡をつけないこと。）
- (イ) 健康診査票（後期健診専用）（機械による二つ折りとする。ただし、ウ - （ア）と同一受診者のものとする。）
- (ウ) 健康診査票記入例（後期健診専用）（機械による二つ折り）
- (エ) 健診実施医療機関一覧（機械による二つ折り）（後期健診用）
- (オ) 健康マイレージ案内（A 4 判）

- (2) 上記(1)の封入物のうち、「健康マイレージ案内」、「特定健診のご案内」は、令和8年4月24日までに発注者が作成し、発注者の指定する日時及び場所でこれを受注者に引き渡す。

5 封入物の予定数量

特定健康診査A：19,000部

特定健康診査B：1,500部

後期高齢者健康診査：23,000部

6 納品の方法

(1) 共通事項

- ア 受注者は、成果物を郵便番号順、被保険者番号順に並べ、梱包して納品すること。
- イ 受注者は、成果物を縦向きに詰めること。かつ、順番に番号を付番し、封筒の窓あき部分から番号が確認できるように納品すること。
- ウ 受注者は、納品日より前に、上記イで付番した対象者のリストを発注者へ提供すること。
- エ 箱に印刷物の名称と箱番号/全体の箱数を振ること。

(2) 納品物及び納品場所

ア 海老名市役所納品分（神奈川県海老名市勝瀬175番地の1）

- (ア) 市が指定した引抜き分（文字数オーバー、転出者、死亡者等）に関しては、受注者が引き抜きし、封緘せず、特定健診・後期健診分を箱分けして納品すること。
- (イ) 受注者は、封入物以外の印刷物をその種類ごとに分類し、受診券等については一部ずつ切り離した状態で納品すること。
- (ウ) 受注者は、き損した印刷物等や封入しなかった印刷物を種類ごとに分類し、別途発注者に納品すること。発注者が提供した封入物についても同様の取扱いとする。

イ 綾瀬郵便局（神奈川県綾瀬市小園698-7）

- (ア) 上記(2)ア(ア)～(ウ)以外を納品すること。

(イ) 納品にあたっては、事前に綾瀬郵便局と調整し、納品方法等の指示を受け、指定された方法で納品すること。

(ウ) 納品日は発注者が指定した日付で発注者の立会いのもと郵便局に納品すること。

7 契約金額の支払方法

契約金額は、発注者が本仕様書に定める業務の履行を確認した後、一括で支払うものとする。

8 その他

- (1) 受注者は、本仕様書に定めのない事項が発生した場合又は業務を履行する上で疑義が生じた場合には、発注者と協議した上で業務を履行すること。
- (2) 受注者は、本契約期間の全期間において、プライバシーマークまたは I S M S を取得していること。
- (3) 受注者は、印刷校正の回数に制限を設けず、発注者が校正を求めた場合には速やかに応じること。
- (4) 受注者は、事前に作業工程及びスケジュールを発注者に提出し、発注者の了承を受けること。
- (5) 受注者は、契約締結後に予定数量に変更があった場合でも、誠意をもって業務を履行すること。ただし、予定数量に対して10%以上の変更があった場合には、発注者及び受注者双方の協議の上で、契約内容を変更することができる。
- (6) 受注者は、本業務の履行に際して海老名環境マネジメントシステム契約事業環境配慮マニュアルに従うこと。

【別表】

1 印刷物品明細

	印刷物品	規格		印刷方法	刷色	予定数量（枚）	その他
		用紙	寸法				
1	封筒	上質紙	縦316mm × 横226mm	一般	表1色裏1色 （内部地紋入り）	特定健康診査 20,500 後期高齢者健康診査 23,000	封入封緘用のり付 （封入口アドヘア加工）
2	受診券・受診案内文書	上質紙 70kg	縦11 2/3in × 横16.5in		表2色裏1色	特定健康診査 20,500 後期高齢者健康診査 23,000	受診券は縦140mm×横100mm 切離し用ミシン目入り 保険者印の印影を貸与
3	健康診査票（特定健診専用）	ノンカーボン 複写式3枚 1枚目 40kg 2枚目 40kg 3枚目 50kg	縦11.5in × 横16.5in		1枚目 表1色 2枚目 表1色 3枚目 表1色裏1色	20,500	1枚目 市提出用 2枚目 医療機関控え 3枚目 本人控え 用紙を色で分け、健康診査 票（後期健診専用）と識別 できるようにする。
4	健康診査票（後期健診専用）	ノンカーボン 複写式3枚 1枚目 40kg 2枚目 40kg 3枚目 50kg	縦11.5in × 横16.5in		1枚目 表2色 2枚目 表1色 3枚目 表1色裏1色	23,000	1枚目 市提出用 2枚目 医療機関控え 3枚目 本人控え 用紙を色で分け、健康診査 票（特定健診専用）と識別 できるようにする。
5	健康診査票記入例（特定健診専用） 健康診査票記入例（後期健診専用）	上質紙	縦297mm × 横420mm		表2色	特定健康診査 20,500 後期高齢者健康診査 23,000	
6	協力医療機関一覧表（特定健診専用） 協力医療機関一覧表（後期健診専用）	受注者が用意す る色上質紙	縦297mm × 横420mm		表1色裏1色	特定健康診査 20,500 後期高齢者健康診査 23,000	発注者が指定する色の色上 質紙を使用すること。
7	75歳到達者チラシ	上質紙	縦297mm × 横210mm		表1色	1,500	

【海老名市】特定健診受診券の業者向け印刷データについて（ファイルレイアウト）

↓「印」は受診券に印字される項目

No.	項目	印	説明（「」内は書式）
1	受診券整理番号	印	11桁の受診券整理番号／「99999999999」
2	被保険者番号		抽出処理日時点の被保険者記号番号の番号／最大10桁／半角数字
3	被保険者氏名（カナ）	印	抽出処理日時点の住基の氏名カナ／最大40文字／半角カナ
4	被保険者氏名（漢字）	印	抽出処理日時点の住基の氏名漢字／最大50文字
5	性別	印	抽出処理日時点の性別／「男」または「女」
6	生年月日	印	抽出処理日時点の住基の生年月日／西暦「YYYY/MM/DD」 【注】印刷業者には和暦で印字するように依頼する
7	発行日	印	採番時に指定した発行日／西暦「YYYY/MM/DD」 【注】年度当初の採番は発行日が当年4月1日となっているため、出力したデータの日付を6月1日に変更して印刷業者に渡す
8	有効期限	印	採番時に指定した有効期限，西暦「YYYY/MM/DD」
9	送付先郵便番号	印	抽出処理日時点の国保一括送付用の郵便番号／「999-9999」
10	送付先住所	印	抽出処理日時点の国保一括送付用の住所／最大40文字
11	送付先方書	印	抽出処理日時点の国保一括送付用の方書／最大30文字
12	送付先宛名	印	抽出処理日時点の国保一括送付用の宛名／最大50文字
13	送付先カスタマバーコード	印	抽出処理日時点の送付先カスタマバーコード
14	住基の住所		抽出処理日時点の住基の住所／最大25文字
15	住基の方書		抽出処理日時点の住基の方書／最大30文字
16	年度末年齢		年度末3月31日時点の年齢／「999」
17	自己負担金	印	「0」→「無料」
18	住記番号		住基の健管番号／最大10桁／半角数字

●出力ファイルの分割

EXCELデータ出力(CSV形式) は次の4種類に分ける。

- A.国保で採番かつ年度末年齢70歳未満
- B.国保で採番かつ年度末年齢70歳以上75歳未満
- C.国保で採番かつ年度内75歳到達者かつ6月2日以降生まれ
- D.後期高齢で採番（年度内75歳到達かつ6月1日以前生まれを含む）

●データ出力順

EXCELデータ出力時のデータの並び順は次の通りとする。

送付先郵便番号> 被保険者番号

●文字コード：UTF-8 BOM付き

改行コード：CR/LF

データ型：可変長 CSV

外字について：JIS90

特定健康診査及び後期高齢者健康診査受診券等作成業務内訳書

【総 額】

	金額
小 計（税抜）	円
消費税及び地方消費税相当額	円
合 計（税込）	円

※ 特定健康診査及び後期高齢者健康診査の合計額は、次のとおりとすること。

- ・ 特定健康診査：予定価格（税込）の48.990593%未満
- ・ 後期高齢者健康診査：予定価格（税込）の51.009407%未満

【特定健康診査】

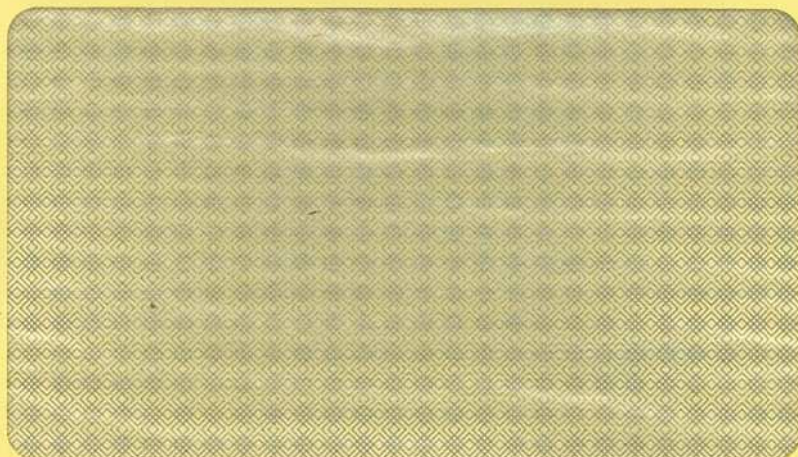
	規格	単価（税抜）	数量	金額
受診券・受診案内文書	仕様書のとおり	円	20,500 部	円
診査票	仕様書のとおり	円	20,500 部	円
封入用封筒	仕様書のとおり	円	20,500 部	円
診査票記入例	仕様書のとおり	円	20,500 部	円
医療機関一覧	仕様書のとおり	円	20,500 部	円
プリント費用	仕様書のとおり	円	1 式	円
封入封緘作業	仕様書のとおり	円	1 式	円
プログラム費用	仕様書のとおり	円	1 式	円
小 計（税抜）				円
消費税及び地方消費税相当額				円
合 計（税込）				円

【後期高齢者健康診査】

	規格	単価（税抜）	数量	金額
受診券・受診案内文書	仕様書のとおり	円	23,000 部	円
診査票	仕様書のとおり	円	23,000 部	円
封入用封筒	仕様書のとおり	円	23,000 部	円
診査票記入例	仕様書のとおり	円	23,000 部	円
医療機関一覧	仕様書のとおり	円	23,000 部	円
プリント費用	仕様書のとおり	円	1 式	円
封入封緘作業	仕様書のとおり	円	1 式	円
プログラム費用	仕様書のとおり	円	1 式	円
小 計（税抜）				円
消費税及び地方消費税相当額				円
合 計（税込）				円



郵便区内特別



2025年度国民健康保険特定健康診査受診券等在中
Information about Health Checkups

国民健康保険加入の方全員が
“無料”で受診できます！

(Ebina City National Health Insurance insured persons only.)

1
予約する

協力医療機関一覧表にある医療機関へ直接連絡し、
予約します。

2
受診する

予約日に受診しましょう。 ※年1回

受診日時： 月 日 時

医療機関名：

3
結果を
見る

健診結果から必要に応じて、専門医への受診や
生活習慣を改善する特定保健指導に参加しましょう。



海老名市
住みたい 住み続けたいまち

宛名を確認したうえで開封してください。
被保険者の資格が無くなったときは、
この受診券を使用しないでください。

主な検査項目



身体計測 Body Measurements

身長

体重

腹囲



血圧測定 Blood Pressure Measurement

収縮期血圧

拡張期血圧



血液検査 Blood Test

血糖

脂質

肝機能

貧血

腎機能



尿検査 Urine Test

尿糖

尿たんぱく

胸部エックス線検査

Chest x-ray

心電図検査

Electrocardiography



海老名市イメージキャラクター
えび〜にゃ

〒243-0492

海老名市勝瀬175番地の1

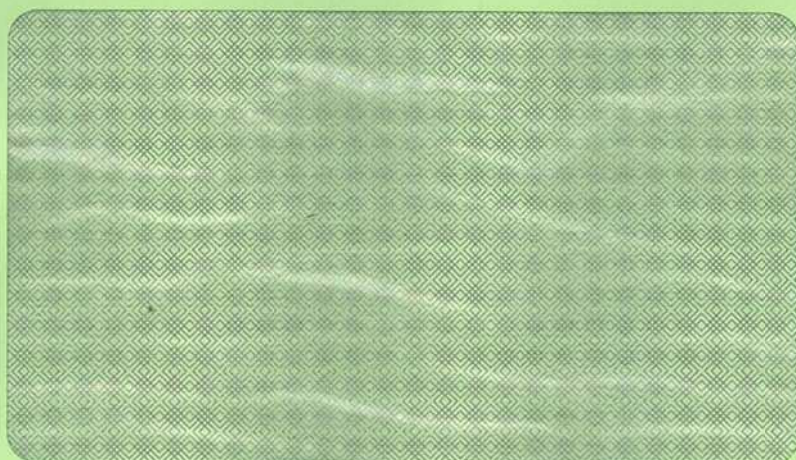
海老名市保健福祉部国保医療課

電話 046-235-4594（直通）

※おかけ間違いにご注意ください。



郵便区内特別



2025年度後期高齢者健康診査受診券等在中

後期高齢者健康診査は年に1回無料で受けられます。

1
予約する

協力医療機関一覧表にある医療機関へ直接連絡し、
予約します。

2
受診する

予約日に受診しましょう。

受診日時： 月 日 時

医療機関名：

3
結果を見る

健診結果から必要に応じて、専門医への受診や市が
実施する健康教室や健康相談を活用しましょう。
また、市の保健師や地域包括支援センターからご連絡
する場合があります。



海老名市
住みたい 住み続けたいまち

宛名を確認したうえで開封してください。
被保険者の資格が無くなったときは、
この受診券を使用しないでください。

主な検査項目



身体計測

身長

体重

腹囲



血圧測定

収縮期血圧

拡張期血圧



採血

血糖

脂質

肝機能

貧血



採尿

尿糖

尿たんぱく

胸部エックス線検査

心電図検査



海老名市イメージキャラクター
えび～にゃ

〒243-0492

海老名市勝瀬175番地の1

海老名市保健福祉部国保医療課

電話 046-235-4595（直通）

※おかけ間違いにご注意ください。

受診券整理番号
受診者の氏名
性別
生年月日
有効期限
※受診時に75歳を迎えている方も本受診券を
ご使用ください。
健診内容
・特定健康診査
窓口での自己負担

海老名市勝頼175番地の1
046-235-4594
保険者名
海老名市
保険者番号
140160



切り取り

切り取り

海老名市特定健康診査・特定保健指導のご案内

このご案内は、海老名市国民健康保険に加入中の方を対象に、特定健康診査受診のお知らせとして、受診の際に必要な受診券と診査票をお送りしています。

特定健康診査は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した健康診査です。年に一度、特定健康診査を受診して、ご自身の健康を管理してください。

受診結果から生活習慣病の予防や改善に取り組む必要がある方は、市が無料で実施する“特定保健指導”をぜひご利用ください。

海 老 名 市

送付物の内容

- ◎ 特定健康診査受診券
- ◎ 特定健康診査票記入例

※送付物の内容（住所・氏名等）をご確認ください。

見本 3

- ◎ 特定健康診査票
- ◎ 協力医療機関一覧表

（今年度75歳の方のみ同封）

- ◎ 後期高齢者健康診査票

- ◎ 75歳で受診する場合のご注意

対 象 者

国民健康保険に加入している方で、今年度40歳から74歳（75歳の誕生日の前日まで）になる方

受 診 期 間

令和7年6月1日から令和8年3月31日まで（年1回）

※年度末は混雑する場合がありますので、お早めにご受診ください。

受 診 費 用

無料

受診時に必要なもの

- ・国民健康保険証、マイナンバーカード（保険証と紐づけしたもの）、資格確認書のうちいずれか1点
- ・特定健康診査受診券
- ・特定健康診査票

協力医療機関

同封の『協力医療機関一覧表』をご覧ください、ご希望の医療機関に直接ご予約ください。

特定保健指導

特定健康診査を受診した結果、生活習慣病の予防や改善に取り組む必要があると判定された方は、**特定保健指導**（保健師や管理栄養士からの食事や運動などの生活習慣を改善するためのアドバイスなど）を無料で受けることができます。

該当する方には、健診結果通知と一緒に特定保健指導のご案内をお送りします。

受診にあたっての注意事項

- ◎ 国民健康保険の資格を喪失された場合は、同封の受診券では受診できません。なお、遡って喪失した場合も同様となります。資格喪失後に受診された場合は、健診費用（18,000円程度）を返還していただきます。
- ◎ 特定健康診査票は、記入例をご覧ください、質問項目に沿って回答欄にご記入ください。
- ◎ 人間ドック費用の助成と特定健康診査の受診を同一年度内に受けることはできません。
- ◎ 人間ドック費用の助成を利用される方は、特定健康診査を受診した方と同様に特定保健指導を受けることができます。
- ◎ マイナンバーカードの健康保険証利用申込みをすることにより、マイナポータル上でご自身の健診結果を閲覧することができます。
- ◎ 眼底検査は、医師の判断により、必要とされた方のみ受診することができます。

75歳を迎えてから受診する方へ

75歳の誕生日以降に受診する場合は、別紙の「75歳で受診する場合のご注意」をご覧ください。

お問い合わせ

特定健康診査・特定保健指導・人間ドック費用の助成について・・・・・・国保医療課

TEL 046-235-4594

※おかけ間違いにご注意ください。

マイナポータル
ホームページ



注意事項

1. 特定健康診査を受診するときは、この券と国民健康保険証、マイナンバーカード（保険証と紐づけたもの）、資格確認のうちのいずれか1点を窓口に提出してください。
2. 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。
3. 特定健康診査受診結果は、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診してください。
4. 健診結果のダウンロードは、決済代行機関で点検されることがある他、国・都へ分別的に提出されますので、ご了承の上、受診してください。
5. 被保険者の資格がなくなつたときは、この券を使用しないでください。資格喪失後の受診が確認された場合は、健康診査にこの券を使用してはなりません。刑法によるよすり詐欺罪として懲役の処分を受けることもあります。
7. この券の記載事項に変更があつた場合には、すぐさま保険者に差し出して訂正を受けてください。
8. 有効期限内に75歳を迎えた方は、後期高齢者医療保険の被保険者番号の健康診査の受診券とみなします。

海老名市後期高齢者健康診査のご案内

このご案内は、後期高齢者医療制度に加入中の方を対象に、健康診査受診のお知らせとして、受診の際に必要な受診券と診査票をお送りしています。

海老名市では、後期高齢者医療制度に加入されている海老名市民の方を対象とした「後期高齢者健康診査」を実施しております。

この健診は、糖尿病等の生活習慣病の重症化予防やフレイル予防を図り、後期高齢者の健康保持・増進を目的として行います。

受診にあたりましては、このご案内をご覧ください、協力医療機関・受診期間等をご確認いただきますようお願いいたします。

海 老 名 市

切り取り

後期高齢者健康診査

後 期 高 齢 者 健 康 診 査 受 診 券

受診券整理番号

受診者の氏名

性別

生年月日

有効期限

健 診 内 容

窓口での自己負担

海老名市勝瀬175番地の1
046-235-4595
海老名市長



保険者番号 39142153

切り取り

送付物の内容

※送付物の内容（住所・氏名等）をご確認ください。

- ◎ 後期高齢者健康診査受診券
- ◎ 健康診査票記入例
- ◎ 後期高齢者健康診査票
- ◎ 協力医療機関一覧表

対 象 者

後期高齢者医療制度に加入している人

受 診 期 間

令和7年6月1日から令和8年3月31日までの間に受診してください。（年1回）

※年度末は混雑する場合がありますので、お早めにご受診ください。

受 診 費 用

無料

受診時に必要なもの

- ・後期高齢者医療被保険者証（保険証）、マイナンバーカード（保険証と紐づけしたもの）、資格確認書のうちいずれか1点。
- ・健康診査受診券
- ・健康診査票

協力医療機関

同封の『協力医療機関一覧表』をご覧ください、ご希望の医療機関に直接ご予約ください。

健 康 相 談

- ◎健診結果から気になることがある方は、下記へご相談ください。
※健康相談については、費用の自己負担はありません。
- ◎過去に同じ健康診査を受診されている方で、結果の比較をご希望の方は、受診後に、国保医療課までご連絡ください。比較表を送付します。
※数値のみの比較となるので、予めご了承ください。
※送付には、受診から4か月ほどかかります。

受診にあたっての注意事項

- ◎海老名市の後期高齢者医療制度の資格を喪失された場合は、同封の受診券では受診できません。
- ◎記入例をご覧ください、質問項目に沿って回答欄にご記入ください。
- ◎受診期間中に海老名市国民健康保険特定健康診査と重複しての受診はできません。
- ◎受診結果は神奈川県後期高齢者医療広域連合で健康増進や保健医療事業のためにデータを活用します。
- ◎受診結果に応じて、海老名市国保医療課、健康推進課、地域包括ケア推進課または地域包括支援センターから、健康教室や健康相談へのご案内や訪問を行う場合があります。
- ◎マイナンバーカードの保険証利用の登録がお済みの方は、マイナポータルでご自身の健診結果が閲覧できます。
- ◎眼底検査は、医師の判断により、必要とされた方のみ受診することができます。

マイナポータル
ホームページ

お問い合わせ

後期高齢者健康診査・健康相談について・・・・・・・・・・国保医療課

TEL 046-235-4595

※おかけ間違いにご注意ください。

注意事項

1. 健康診査を受診するときは、この券と後期高齢者被保険者証（保険証）、マイナンバーカード（保険証と紐づけたもの）、資格確認書のうちいずれか1点を窓口に提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
2. 健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。
3. 健康診査受診結果は、保険者において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診してください。
4. 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診してください。
5. 被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用しないでください。
6. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。
7. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。

特定健康診査専用

海老名市 特定健康診査票

※負担区分は手引き別表1参照

(国民健康保険)		請求区分 3		機関コード 1 4 1		実施機関	
区分	1 個別健診	1 基本項目 2 基本項目+詳細項目 3 基本項目+追加項目 4 基本項目+詳細項目+追加項目 5 人間ドック ※生活機能評価は追加項目に該当		名称		住所	
保険者番号	1 4 0 1 6 0			〒		電話 ()	
証記号・番号	1 6 -						
受診券整理番号							
有効期限							
※年齢は、今年度中の到達年齢							
フリガナ		性別	1 男 2 女	住所			
氏名							
生年月日				電話	()		

No	質問項目	選択肢	回答欄
1-3	現在、次の薬を服用していますか。		
1	a 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ	
2	b 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ	
3	c コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ	
4	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。	①はい ②いいえ	
5	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。	①はい ②いいえ	
6	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(人工透析等)を受けていますか。	①はい ②いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	①はい ②いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2: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)	①はい(条件1と条件2を両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③いいえ(①②以外)	
9	20歳のときの体重から10kg以上増加していますか。	①はい ②いいえ	
10	1回30分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	①はい ②いいえ	
11	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。	①はい ②いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	①はい ②いいえ	
13	食事を噛んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でも噛んで食べることができる ②歯や歯ぐき、噛みあわせなど気になる部分があり噛みにくいことがある ③ほとんど噛めない	
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	①速い ②ふつう ③遅い	
15	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。	①はい ②いいえ	
16	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	
17	朝食を抜くことが週3回以上ありますか。	①はい ②いいえ	
18	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1年以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	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)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml) ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3~5合未満 ⑤5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	①はい ②いいえ	
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思っていますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね8ヶ月以内) ③近いうちに(概ね1ヶ月以内)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ヶ月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)	
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	

※受診する医療機関によって、この診査票を使用しない場合があります。
この診査票を使用しない医療機関へ診査票を提出された場合、3枚目の「ご本人控え」は、医療機関から返却されない場合があります。

	健診費用(円)	負担区分	窓口負担金額(円)
基本的健診		1	0
詳細項目(眼底検査)			
追加健診		1	0
合計			0
請求金額(円)			

検査項目	コード	検査結果
身長	1 0	cm
体重	2 0	kg
BMI	3 0	kg/m ²
腹囲	4 1	cm
血圧(収縮期)	5 1	mmHg
血圧(拡張期)	6 1	mmHg
既往歴	7 1	1 特記あり 2 特記なし
(具体的な既往歴)	7 2	※別表3から選択
自覚症状	8 1	1 特記あり 2 特記なし
(所見)	8 2	※別表4から選択 ※上記1の場合は必ず記入
他覚症状	9 1	1 特記あり 2 特記なし
(所見)	9 2	※別表5から選択 ※上記1の場合は必ず記入
心電図	10 1	1 所見あり 2 所見なし
(所見)	10 2	※別表6から選択 ※上記1の場合は必ず記入
眼底検査	11 1	1:I 2:II 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV
キースワグナー	11 2	1:I 2:II 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV
シェイエH	11 3	1:I 2:II 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV
シェイエS	11 4	1:I(e) 2:II(b) 3:II 4:III(a) 5:III(b) 6:IV 7:V(a) 8:V(b) 9:VI
SCOTT	11 5	1 所見なし 2 軽度 3 中等度 4 重度
Wong-Mitchell	11 6	1 網膜症なし 2 単純網膜症 3 増殖前網膜症 4 増殖網膜症
改変Davis	11 7	1 異常なし 2 異常あり 3 判定不能
(他の所見)	11 8	1 前年度の血糖値が高いため 2 血圧が高いため 3 血糖値が高いため 4 2,3 いずれも該当
(実施理由)	11 9	1 検査結果による眼底検査対象者
※(対象者)		

生活機能評価と同時実施	1 あり 2 なし
実施年月日	20 年 月 日
メタボリックシンドロームの判定	1 基準該当 2 予備群該当 3 非該当 4 判定不能
保健指導レベル	1 積極的支援 2 動機付け支援 3 なし 4 判定不能
医師の診断(判定)	1 異常なし 2 要指導 3 要医療 4 要保健指導 5 治療(管理)中
健診を実施した医師の氏名	

※原検査未実施または測定不可能な場合に選択する

検査項目	コード	検査結果
尿糖	12 2	1- 2± 3+ 4++ 5+++以上
尿蛋白	13 2	1- 2± 3+ 4++ 5+++以上
尿検査未実施の理由※		1 生液中 2 その他 3 腎疾患等の基礎疾患があるため排泄障害を有する
中性脂肪(空腹時)	14 1	mg/dl
中性脂肪(随時)	210 1	mg/dl
HDLコレステロール	15 1	mg/dl
LDLコレステロール	16 1	mg/dl
AST(GOT)	17 1	U/l
ALT(GPT)	18 1	U/l
γ-GT(γ-GTP)	19 1	U/l
HbA1c	21 3	%
ヘマトクリット値	22 0	%
血色素量	23 0	g/dl
赤血球数	24 0	万/mm ³
血清クレアチニン	40 1	mg/dl
eGFR	1610	ml/min/1.73m ²
胸部X線検査	54 2	1 所見あり 2 所見なし 3 要再撮影
胸部X線検査	54 3	所見 ()
血清尿酸	41 1	mg/dl

採血時間	2:食後10時間以上 4:食後3.5時間未満 3:食後3.5時間以上10時間未満
------	---

左記の理由により眼底検査実施結果未済
※眼底検査実施結果を発行した場合は必ず✓を記入

※眼底検査における(対象者)については、詳細項目として実施している場合、実施理由と併せて必ず記載すること

(3枚複写)

特定健康診査専用

海老名市 特定健康診査票

※負担区分は手引き別添1参照

区分 1 個別健診		請求区分 3	機関コード 1 4 1	名称	住所	電話	基本的健診	健診費用(円)	負担区分	窓口負担金額(円)	生活機能評価と同時実施	1 あり 2 なし
保険者番号	1 4 0 1 6 0	1 基本的項目 2 基本的項目+詳細項目 3 基本的項目+追加項目 4 基本的項目+詳細項目+追加項目 5 人間ドック ※生活機能評価は追加項目に該当	実施機関	〒			基本的健診		1	0	実施年月日	20 年 月 日
証記号・番号	1 6 -						詳細項目 (眼底検査)				メタボリックシンドロームの判定	1 基準該当 2 予備群該当 3 非該当 4 判定不能
受診券整理番号							追加健診		1	0	保健指導レベル	1 積極的支援 2 動機付け支援 3 なし 4 判定不能
有効期限							合計			0	医師の診断 (判定)	1 異常なし 2 要指導 3 要医療 4 要医師指導 5 治療(管理)中
※年齢は、今年度中の到達年齢												
フリガナ		性別	1 男 2 女	住所			請求金額(円)				健診を実施した 医師の氏名	
氏名												
生年月日												※原検査未実施または測定不可能な場合に選択する

No	質問項目	選択肢	回答欄
1-3	現在、次の薬を服用していますか。		
1	a 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ	
2	b 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ	
3	c コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ	
4	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。	①はい ②いいえ	
5	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。	①はい ②いいえ	
6	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(人工透析等)を受けていますか。	①はい ②いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	①はい ②いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2: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)	①はい(条件1と条件2を両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③いいえ(①②以外)	
9	20歳のときの体重から10kg以上増加していますか。	①はい ②いいえ	
10	1回30分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	①はい ②いいえ	
11	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。	①はい ②いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	①はい ②いいえ	
13	食事を噛んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でも噛んで食べることができる ②歯や歯ぐき、噛みあわせなど気になる部分があり噛みにくいことがある ③ほとんど噛めない	
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	①速い ②ふつう ③遅い	
15	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。	①はい ②いいえ	
16	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	
17	朝食を抜くことが週3回以上ありますか。	①はい ②いいえ	
18	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った者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	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)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml) ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3~5合未満 ⑤5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	①はい ②いいえ	
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思っていますか。	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ヶ月以内) ③近いうちに(概ね1ヶ月以内)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ヶ月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)	
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	

※受診する医療機関によって、この診査票を使用しない場合があります。
この診査票を使用しない医療機関へ診査票を提出された場合、3枚目の「ご本人控え」は、医療機関から返却されない場合があります。

検査項目	コード	検査結果	検査項目	コード	検査結果
身長	1 0	cm	尿糖	12 2	1- 2± 3+ 4++ 5+++以上
体重	2 0	kg	尿蛋白	13 2	1- 2± 3+ 4++ 5+++以上
BMI	3 0	kg/m ²	尿検査 未実施の理由※		1 生理中 3 その他 2 腎疾患等の基礎疾患があるため尿検査を有する
腹囲	4 1	cm	中性脂肪(空腹時)	14 1	mg/dl
血圧(収縮期)	5 1	mmHg	中性脂肪(随時)	210 1	mg/dl
血圧(拡張期)	6 1	mmHg	HDLコレステロール	15 1	mg/dl
既往歴	7 1	1 特記あり 2 特記なし	LDLコレステロール	16 1	mg/dl
(具体的な既往歴)	7 2	※別表3から選択	AST(GOT)	17 1	U/l
自覚症状	8 1	1 特記あり 2 特記なし	ALT(GPT)	18 1	U/l
(所見)	8 2	※別表4から選択 ※上記1の場合は必ず記入	γ-GT(γ-GTP)	19 1	U/l
他覚症状	9 1	1 特記あり 2 特記なし	HbA1c	21 3	%
(所見)	9 2	※別表5から選択 ※上記1の場合は必ず記入	ヘマトクリット値	22 0	%
心電図	10 1	1 所見あり 2 所見なし	血色素量	23 0	g/dl
(所見)	10 2	※別表6から選択 ※上記1の場合は必ず記入	赤血球数	24 0	万/mm ³
眼底検査 キースフグナー	11 1	1:I 2:Ia 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV	血清クレアチニン	40 1	mg/dl
シェイエH	11 2	1:I 2:I 3:2 4:3 5:4	eGFR	1610	ml/min/1.73m ²
シェイエS	11 3	1:I 2:I 3:2 4:3 5:4	胸部X線検査	54 2	1 所見あり 2 所見なし 3 要再撮影
SCOTT	11 4	1:I(a) 2:I(b) 3:II 4:III(a) 5:III(b) 6:IV 7:V(a) 8:V(b) 9:VI	胸部X線検査	54 3	所見 ()
Wong-Mitchell	11 5	1 所見なし 2 軽度 3 中等度 4 重度	血清尿酸	41 1	mg/dl
改変Davis	11 6	1 網膜症なし 2 単純網膜症 3 増殖前網膜症 4 増殖網膜症	採血時間		2:食後10時間以上 4:食後3.5時間未満 3:食後3.5時間以上10時間未満
(他の所見)	11 7	1 異常なし 2 異常あり 3 判定不能			
(実施理由)	11 8	1 前年度の血糖値が高いため 2 血圧が高いため 3 血糖値が高いため 4 2,3いずれも該当			
※(対象者)	11 9	1 検査結果による眼底検査対象者			

左記の理由により眼底検査実施連絡票を添付
※眼底検査実施連絡票を発行した場合は必ず✓を記入

※眼底検査における(対象者)については、詳細項目として実施している場合、実施理由と併せて必ず記載すること

特定健康診査専用

海老名市 特定健康診査票

※負担区分は手引き別添1参照

区分	1 個別健診	請求区分	3	機関コード	1 4 1
保険者番号	1 4 0 1 6 0	1 基本項目 2 基本項目+詳細項目 3 基本項目+追加項目 4 基本項目+詳細項目+追加項目 5 人間ドック ※生活機能評価は追加項目に該当	名称	〒 - -	
証記号・番号	1 6 -	住所	〒 - -		電話 ()
受診券整理番号					
有効期限					
※年齢は、今年度中の到達年齢					
フリガナ		性別	1 男 2 女	住所	
氏名					
生年月日					

No	質問項目	選択肢	回答欄
1-3	現在、次の薬を服用していますか。		
1	a 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ	
2	b 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ	
3	c コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ	
4	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。	①はい ②いいえ	
5	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。	①はい ②いいえ	
6	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(人工透析等)を受けていますか。	①はい ②いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	①はい ②いいえ	
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2: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)	①はい(条件1と条件2を両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③いいえ(①②以外)	
9	20歳のときの体重から10kg以上増加していますか。	①はい ②いいえ	
10	1回30分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	①はい ②いいえ	
11	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。	①はい ②いいえ	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	①はい ②いいえ	
13	食事を噛んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でも噛んで食べることができる ②歯や歯ぐき、噛みあわせなど気になる部分があり噛みにくいことがある ③ほとんど噛めない	
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	①速い ②ふつう ③遅い	
15	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。	①はい ②いいえ	
16	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	
17	朝食を抜くことが週3回以上ありますか。	①はい ②いいえ	
18	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1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	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)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml) ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3~5合未満 ⑤5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	①はい ②いいえ	
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思っていますか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね8ヶ月以内) ③近いうちに(概ね1ヶ月以内)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ヶ月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)	
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	

※受診する医療機関によって、この診査票を使用しない場合があります。
この診査票を使用しない医療機関へ診査票を提出された場合、3枚目の「ご本人控え」は、医療機関から返却されない場合があります。

	健診費用(円)	負担区分	窓口負担金額(円)
基本的健診		1	0
詳細項目(眼底検査)			
追加健診		1	0
合計			0
請求金額(円)			

検査項目	コード	検査結果
身長	1 0	cm
体重	2 0	kg
BMI	3 0	kg/m ²
腹囲	4 1	cm
血圧(収縮期)	5 1	mmHg
血圧(拡張期)	6 1	mmHg
既往歴	7 1	1 特記あり 2 特記なし
(具体的な既往歴)	7 2	※別表3から選択
自覚症状	8 1	1 特記あり 2 特記なし
(所見)	8 2	※別表4から選択 ※上記1の場合は必ず記入
他覚症状	9 1	1 特記あり 2 特記なし
(所見)	9 2	※別表5から選択 ※上記1の場合は必ず記入
心電図	10 1	1 所見あり 2 所見なし
(所見)	10 2	※別表6から選択 ※上記1の場合は必ず記入
眼底検査	11 1	1:I 2:II 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV
シェイプ	11 2	1:I 2:II 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV
シェイプ	11 3	1:I 2:II 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV
SCOTT	11 4	1:I(a) 2:II(b) 3:II 4:III(a) 5:III(b) 6:IV 7:V(a) 8:V(b) 9:VI
Wong-Mitchell	11 5	1 所見なし 2 軽度 3 中等度 4 重度
改変Davis	11 6	1 網膜症なし 2 単純網膜症 3 増殖前網膜症 4 増殖網膜症
(他の所見)	11 7	1 異常なし 2 異常あり 3 判定不能
(実施理由)	11 8	1 前年度の血糖値が高いため 2 血圧が高いため 3 血糖値が高いため 4 2,3 いずれも該当
※(対象者)	11 9	1 検査結果による眼底検査対象者

生活機能評価と同時実施	1 あり ② なし
実施年月日	20 年 月 日
メタボリックシンドロームの判定	1 基準該当 2 予備群該当 3 非該当 4 判定不能
保健指導レベル	1 積極的支援 2 動機付け支援 3 なし 4 判定不能
医師の診断(判定)	1 異常なし 2 要指導 3 要医療 4 要保健指導 5 治療(管理)中
健診を実施した医師の氏名	
※原検査未実施または測定不可能な場合を選択する	

検査項目	コード	検査結果
尿糖	12 2	1- 2± 3+ 4++ 5+++以上
尿蛋白	13 2	1- 2± 3+ 4++ 5+++以上
尿検査未実施の理由※		1 生理由 2 腎疾患等の基礎疾患があるため尿検査を有する
中性脂肪(空腹時)	14 1	mg/dl
中性脂肪(随時)	210 1	mg/dl
HDLコレステロール	15 1	mg/dl
LDLコレステロール	16 1	mg/dl
AST(GOT)	17 1	U/l
ALT(GPT)	18 1	U/l
γ-GT(γ-GTP)	19 1	U/l
HbA1c	21 3	%
ヘマトクリット値	22 0	%
血色素量	23 0	g/dl
赤血球数	24 0	万/mm ³
血清クレアチニン	40 1	mg/dl
eGFR	1610	ml/min/1.73m ²
胸部X線検査	54 2	1 所見あり 2 所見なし 3 要再撮影
胸部X線検査	54 3	所見 ()
血清尿酸	41 1	mg/dl
採血時間		2:食後10時間以上 4:食後3.5時間未満 3:食後3.5時間以上10時間未満

左記の理由により眼底検査実施連絡票を添付	
※眼底検査実施連絡票を発行した場合は必ず✓を記入	
※眼底検査における(対象者)については、詳細項目として実施している場合、実施理由と併せて必ず記載すること	

～ 特定健康診査の結果の見方 ～

特定健康診査の結果はいかがでしたか？この健診はメタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)予防に重点をおいた健診です。以下の表を参考にご自身の健診結果を確認してください。

検査項目		基準値	保健指導判定値	受診勧奨判定値	この検査でわかること
		現在の健康状態は問題なし	生活習慣の見直しを！	医療機関への受診をお勧めします。	
肥満	腹囲 (cm)	男性85未満 女性90未満	男性85以上 女性90以上	—	内臓脂肪の蓄積状態を測り、高血圧・脂質異常・高血糖などのリスクを調べます。
	BMI (Body Mass Index)	18.5～24.9	25.0以上	—	体格を判定し、肥満かどうかを調べます。体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)
高血圧	収縮期血圧 (mmHg)	129以下	130以上	140以上	血圧が高いと動脈硬化が進行し、脳卒中の危険性が高まります。血圧は、季節や計測時の時間帯、精神的緊張、体の状態などにより変化します。
	拡張期血圧 (mmHg)	84以下	85以上	90以上	
糖尿病	血糖 (mg/dl)	99以下	100以上	126以上	糖尿病の早期発見の手がかりとなります。
	HbA1c (ヘモグロビンA1c) (%)	5.5以下	5.6以上	6.5以上	
脂質異常症	空腹時中性脂肪 (mg/dl)	149以下	150以上	300以上	からだの皮下脂肪の主成分で、エネルギー源としても使われます。増えすぎると肥満や動脈硬化につながります。
	随時中性脂肪 (mg/dl)	174以下	175以上	300以上	
	HDLコレステロール (mg/dl)	40以上	39以下	—	善玉コレステロールと言われ、低値になると動脈硬化の危険性が高まります。
	LDLコレステロール (mg/dl)	119以下	120以上	140以上	悪玉コレステロールと言われ、多すぎると動脈硬化などになる可能性があります。
肝臓	AST (GOT) (U/L)	30以下	31以上	51以上	肝臓に含まれる酵素で、肝臓に異常があると増加します。 γ-GTは、肝臓の解毒機能に関する酵素で、アルコール性肝機能障害があると増加します。
	ALT (GPT) (U/L)	30以下	31以上	51以上	
	γ-GT (U/L)	50以下	51以上	101以上	
貧血	血色素(ヘモグロビン) (g/dl)	男性13.1以上 女性12.1以上	男性13.0以下 女性12.0以下	男性12.0以下 女性11.0以下	赤血球に含まれる血色素の量です。少ないほど貧血の度合いが高くなります
糖尿	尿糖	陰性 (—)	(±)	(+) ~	尿中に糖が含まれているかを調べ、糖尿病の早期発見の手がかりになります。
腎臓	尿蛋白	陰性 (—)	(±) ※	(+) ~	腎臓の病気を見つける手がかりになります。

※生活習慣病の合併があり(±)が続く場合は、医療機関に詳しい検査について相談してください。

検査項目	基準値	説明
心電図	異常なし	心臓の電気的な活動を調べる検査です。不整脈や心疾患などを発見することができます。
眼底検査	異常なし	眼底の動脈を観察し、動脈硬化の程度を調べます。
血清クレアチニン	男 0.8～1.3	筋肉で作られる老廃物の一つで、腎臓を通して尿中に排泄されます。腎臓の機能低下があると血液中にも増えてきます。
	女 0.6～1.0	
e G F R	6.0以上	年齢、性別と血清クレアチニン値から求められます。腎機能の指標の一つです。
胸部X線	異常なし	心臓や肺に異常がないか調べます。
血清尿酸	7.0以下	尿酸値は7.0mg/dlで血液中で飽和状態となります。高値が続くと尿酸が結晶化し痛風などの原因になります。

【特定保健指導について】

健診結果から生活習慣病の発症リスクが疑われる場合、無料で市の保健師・管理栄養士による特定保健指導(健康づくりのサポート)が受けられます。

対象の方には個別でお知らせしますので、ぜひお申し込みください。

糖尿病・脂質異常・高血圧で治療中(服薬中)の方は、特定保健指導の対象にはなりません。

健康診査票検査結果コード対照表

別表3 既往歴(疾病コード)

コード	疾病
1	肥満(BMI 25.0以上)
2	高血圧
3	貧血
4	肝疾患
5	糖尿病(境界型を含む)
6	虚血性心疾患
7	その他の心疾患
8	腎疾患
9	高脂血症(脂質異常症)
10	呼吸器疾患
11	高尿酸血症
12	甲状腺疾患
13	脳血管疾患
14	消化器疾患
15	アルコール性肝疾患
16	その他の疾患

別表4 自覚症状(所見コード)

コード	所見
1	動悸・息切れ
2	胸痛・胸部不快
3	頭痛・肩こり
4	一過性の意識喪失
5	めまい・耳鳴り
6	手足のしびれ・舌のもつれ
7	手足の不自由感
8	全身倦怠感
9	口渇多飲
10	体重減少
11	むくみ
12	喀痰・咳嗽
13	その他

別表5 他覚症状(所見コード)

コード	所見
1	貧血
2	くも状血管腫・手掌紅斑
3	振せん(指・唇・舌)
4	心音異常・心雑音
5	不整脈
6	呼吸音異常
7	肝腫大
8	浮腫・眼瞼
9	浮腫・下肢
10	四肢の動脈硬化
11	その他

別表6 心電図(所見コード)

コード	所見
1	Q-QS異常
2	軸偏位
3	R波増高
4	ST下降
5	T異常
6	房室伝導異常
7	心室内伝導異常
8	不整脈
9	その他

【問い合わせ先】 特定健康診査・特定保健指導…国保医療課(電話 046-235-4594)

※おかけ間違いにご注意ください。

後期高齢者健康診査専用

海老名市 後期高齢者健康診査票

※負担区分は手引き別表1参照

(後期高齢者医療)		請求区分 3		機関コード 1 4 1	
区分	1 個別健診	1 基本的項目 2 基本的項目+詳細項目 3 基本的項目+追加項目 4 基本的項目+詳細項目+追加項目 5 人間ドック ※生活機能評価は追加項目に該当		実施機関	
保険者番号	3 9 1 4 2 1 5 3	名 称		〒 -	
被保険者番号		住 所		電話 ()	
受診券整理番号					
有効期限					
※年齢は、今年度中の到達年齢					
フリガナ		性別	1 男 2 女	住所	
氏 名					
生年月日				電話	()

No	質問項目	選択肢	回答欄
1-3	現在、次の薬を服用していますか。		
1	a 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ	
2	b 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ	
3	c コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ	
4	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない	
5	毎日の生活に満足していますか。	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満	
6	1日3食きちんと食べていますか。	①はい ②いいえ	
7	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか。 *さきいか、たくあんなど	①はい ②いいえ	
8	お茶や汁物等でむせることがありますか。	①はい ②いいえ	
9	6カ月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか。	①はい ②いいえ	
10	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	①はい ②いいえ	
11	この1年間に転んだことがありますか。	①はい ②いいえ	
12	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	①はい ②いいえ	
13	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか。	①はい ②いいえ	
14	今日が何月何日かわからない時がありますか。	①はい ②いいえ	
15	あなたはたばこを吸いますか。	①吸っている ②吸っていない ③やめた	
16	週に1回以上は外出していますか。	①はい ②いいえ	
17	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。	①はい ②いいえ	
18	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	①はい ②いいえ	

	健診費用(円)	負担区分	窓口負担金額(円)
基本的健診		1	0
詳細項目 (眼底検査)			
追加健診		1	0
合 計			0
請求金額(円)			

生活機能評価と同時実施	1 あり ② なし
実施年月日	20 年 月 日
メタボリックシンドロームの判定	1 基準該当 2 予備群該当 3 非該当 4 判定不能
保健指導レベル	1 積極的支援 2 動機付け支援 3 なし 4 判定不能
医師の診断(判定)	1 異常なし 2 要指導 3 要医療 4 要保健師指導 5 治療(管理)中
健診を実施した医師の氏名	

※尿検査未実施または測定不可能な場合に選択する

検査項目	コード	検査結果
身長	1 0	cm
体重	2 0	kg
BMI	3 0	kg/m ²
腹囲	4 1	cm
血圧(収縮期)	5 1	mmHg
血圧(拡張期)	6 1	mmHg
既往歴	7 1	1 特記あり 2 特記なし
(具体的な既往歴)	7 2	※別表3から選択
自覚症状	8 1	1 特記あり 2 特記なし
(所見)	8 2	※別表4から選択 ※上記1の場合は必ず記入
他覚症状	9 1	1 特記あり 2 特記なし
(所見)	9 2	※別表5から選択 ※上記1の場合は必ず記入
心電図	10 1	1 所見あり 2 所見なし
(所見)	10 2	※別表6から選択 ※上記1の場合は必ず記入
眼底検査 キースワグナー	11 1	1:I 2:I 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV
シェイエH	11 2	1:I 2:I 3:2 4:3 5:4
シェイエS	11 3	1:I 2:I 3:2 4:3 5:4
SCOTT	11 4	1:I(a) 2:I(b) 3:II 4:III(a) 5:III(b) 6:IV 7:V(a) 8:V(b) 9:VI
Wong-Mitchell	11 5	1 所見なし 2 軽度 3 中等度 4 重度
改変Davis	11 6	1 網膜症なし 2 単純網膜症 3 増殖前網膜症 4 増殖網膜症
(他の所見)	11 7	1 異常なし 2 異常あり 3 判定不能
(実施理由)	11 8	1 前年度の血糖値が高いため 2 血圧が高いため 3 血糖値が高いため 4 2,3 いずれも該当
※(対象者)	11 9	1 検査結果による眼底検査対象者

検査項目	コード	検査結果
尿糖	12 2	1- 2± 3+ 4++ 5+++以上
尿蛋白	13 2	1- 2± 3+ 4++ 5+++以上
尿検査 未実施の理由※		1 生理中 3 その他 2 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する
中性脂肪(空腹時)	14 1	mg/dl
中性脂肪(随時)	210 1	mg/dl
HDLコレステロール	15 1	mg/dl
LDLコレステロール	16 1	mg/dl
AST(GOT)	17 1	U/l
ALT(GPT)	18 1	U/l
γ-GT(γ-GTP)	19 1	U/l
HbA1c	21 3	%
ヘマトクリット値	22 0	%
血色素量	23 0	g/dl
赤血球数	24 0	万/mm ³
血清クレアチニン	40 1	mg/dl
eGFR	1610	ml/min/1.73m ²
胸部X線検査	54 2	1 所見あり 2 所見なし 3 要再撮影
胸部X線検査	54 3	所見 ()
血清尿酸	41 1	mg/dl

採血時間		2:食後10時間以上 4:食後3.5時間未満 3:食後3.5時間以上10時間未満
------	--	---

<input checked="" type="checkbox"/>	左記の理由により眼底検査実施連絡票案内済 ※眼底検査実施連絡票を発行した場合は必ず✓を記入
-------------------------------------	--

※眼底検査における(対象者)については、詳細項目として実施している場合、実施理由と併せて必ず記載すること

後期高齢者健康診査専用

海老名市 後期高齢者健康診査票

※負担区分は手引き別表1参照

(後期高齢者医療)		請求区分 3		機関コード 1 4 1		名称		住所		電話 ()	
区分	1 個別健診										
保険者番号	3 9 1 4 2 1 5 3	1 基本項目		2 基本項目+詳細項目		3 基本項目+追加項目		4 基本項目+詳細項目+追加項目		5 人間ドック	
被保険者番号		※生活機能評価は追加項目に該当									
受診券整理番号											
有効期限											
※年齢は、今年度中の到達年齢											
フリガナ		性別	1 男	住所							
氏名		2 女		電話	()						
生年月日											

No	質問項目	選択肢	回答欄
1-3	現在、次の薬を服用していますか。		
1	a 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ	
2	b 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ	
3	c コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ	
4	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない	
5	毎日の生活に満足していますか。	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満	
6	1日3食きちんと食べていますか。	①はい ②いいえ	
7	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか。 *さきいか、たくあんなど	①はい ②いいえ	
8	お茶や汁物等でむせることがありますか。	①はい ②いいえ	
9	6カ月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか。	①はい ②いいえ	
10	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	①はい ②いいえ	
11	この1年間に転んだことがありますか。	①はい ②いいえ	
12	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	①はい ②いいえ	
13	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか。	①はい ②いいえ	
14	今日が何月何日かわからない時がありますか。	①はい ②いいえ	
15	あなたはたばこを吸いますか。	①吸っている ②吸っていない ③やめた	
16	週に1回以上は外出していますか。	①はい ②いいえ	
17	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。	①はい ②いいえ	
18	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	①はい ②いいえ	

	健診費用(円)	負担区分	窓口負担金額(円)
基本的健診		1	0
詳細項目(眼底検査)			
追加健診		1	0
合計			0
請求金額(円)			

生活機能評価と同時実施		1 あり	2 なし
実施年月日	20	年	月 日
メタボリックシンドロームの判定	<input checked="" type="checkbox"/>	1 基準該当	2 予備群該当
保健指導レベル	<input checked="" type="checkbox"/>	3 非該当	4 判定不能
医師の診断(判定)	<input checked="" type="checkbox"/>	1 積極的支援	2 動機付け支援
健診を実施した医師の氏名		3 なし	4 判定不能
		1 異常なし	2 要指導
		3 要医療	4 要保健指導
		5 治療(管理)中	

※原検査未実施または測定不可能な場合に選択する

検査項目	コード	検査結果
身長	1 0	cm
体重	2 0	kg
BMI	3 0	kg/m ²
腹囲	4 1	cm
血圧(収縮期)	5 1	mmHg
血圧(拡張期)	6 1	mmHg
既往歴	7 1	1 特記あり 2 特記なし
(具体的な既往歴)	7 2	※別表3から選択
自覚症状	8 1	1 特記あり 2 特記なし
(所見)	8 2	※別表4から選択 ※上記1の場合は必ず記入
他覚症状	9 1	1 特記あり 2 特記なし
(所見)	9 2	※別表5から選択 ※上記1の場合は必ず記入
心電図	10 1	1 所見あり 2 所見なし
(所見)	10 2	※別表5から選択 ※上記1の場合は必ず記入
眼底検査	11 1	1:I(a) 2:I(b) 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV
シェイEH	11 2	1:I(a) 2:I(b) 3:II 4:III 5:IV 6:V
シェイES	11 3	1:I(a) 2:I(b) 3:II 4:III 5:IV 6:V
SCOTT	11 4	1:I(a) 2:I(b) 3:II 4:III(a) 5:III(b) 6:IV 7:V(a) 8:V(b) 9:VI
Wong-Mitchell	11 5	1 所見なし 2 軽度 3 中等度 4 重度
改変Davis	11 6	1 網膜症なし 2 単純網膜症 3 増殖前網膜症 4 増殖網膜症
(他の所見)	11 7	1 異常なし 2 異常あり 3 判定不能
(実施理由)	11 8	1 前年度の血糖値が高いため 2 血圧が高いため 3 血糖値が高いため 4 2,3 いずれも該当
※(対象者)	11 9	1 検査結果による眼底検査対象者

検査項目	コード	検査結果
尿糖	12 2	1- 2± 3+ 4+++ 5+++以上
尿蛋白	13 2	1- 2± 3+ 4+++ 5+++以上
尿検査未実施の理由※		1 生理中 2 腎疾患等の基礎疾患があるため尿検査を有する
中性脂肪(空腹時)	14 1	mg/dl
中性脂肪(随時)	210 1	mg/dl
HDLコレステロール	15 1	mg/dl
LDLコレステロール	16 1	mg/dl
AST(GOT)	17 1	U/l
ALT(GPT)	18 1	U/l
γ-GT(γ-GTP)	19 1	U/l
HbA1c	21 3	%
ヘマトクリット値	22 0	%
血色素量	23 0	g/dl
赤血球数	24 0	万/mm ³
血清クレアチニン	40 1	mg/dl
eGFR	1610	ml/min/1.73m ²
胸部X線検査	54 2	1 所見あり 2 所見なし 3 要再撮影
胸部X線検査	54 3	所見 ()
血清尿酸	41 1	mg/dl

採血時間		2:食後10時間以上 4:食後3.5時間未満 3:食後3.5時間以上10時間未満
------	--	--

<input checked="" type="checkbox"/>	左記の理由により眼底検査実施連絡票を添付
	※眼底検査実施連絡票を発行した場合は必ず✓を記入

※眼底検査における(対象者)については、詳細項目として実施している場合、実施理由と併せて必ず記載すること

※受診する医療機関によって、この診査票を使用しない場合があります。
この診査票を使用しない医療機関へ診査票を提出された場合、3枚目の「ご本人控え」は、医療機関から返却されない場合があります。

～ 後期高齢者健康診査の結果の見方 ～

後期高齢者健康診査の結果はいかがでしたか？以下の表を参考に自身の健診結果を確認してください。

【判定項目】

1. 腹囲とBMIをチェックしてみてください。



検査項目	単位	参考基準値	説明	チェック
身体計測	cm	男 85未満 女 90未満	腹囲測定は、内臓脂肪の蓄積状態を表します。	基準値以上
		25.0未満		
BMI(体格指数)		25.0未満	BMIは肥満度を示す指数です。 【算出式】体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	基準値以上

2. 上記項目に○がついた場合は、次の項目の当てはまるところに○をしてみてください。

検査項目	単位	参考基準値	説明	チェック
① 血糖				
HbA1c (ヘモグロビンA1c)	%	5.6未満(空腹時) 6.4未満(任意時)	糖尿病になると上昇します。過去1～3ヶ月間の平均血糖値を反映します。	基準値以上
② 脂質	mg/dl	中性脂肪(空腹時) 150未満	からだの皮下脂肪の主成分です。エネルギー源としても使われます。	基準値以上
		中性脂肪(随時) 175未満		
	mg/dl	HDLコレステロール 40以上	善玉のコレステロールといわれています。血管の中を掃除して動脈硬化を防ぐ働きをします。	基準値未満
	mg/dl	LDLコレステロール 120未満	悪玉のコレステロールといわれています。多すぎると、動脈硬化などになる可能性があります。	
③ 血圧	mmHg	収縮期血圧 130未満	血圧は、季節や一日の時間帯、精神的緊張、体の状態などによって変化します。	基準値以上
		拡張期血圧 85未満		

※健診結果に応じて、海老名市国保医療課、健康推進課、地域包括ケア推進課または地域包括支援センターから、健康教育・健康相談のご案内や訪問を行う場合があります。

フレイル予防ははじめの一步！

フレイルとは、加齢により心身の活力が低下し、介護が必要になる手前の状態のことです。新型コロナウイルスの感染予防の影響により、フレイルを招く人が増えています。

フレイルは1日の過ごし方を見直すことで、予防・改善が可能です。難しく考えず、できることからはじめの一步を踏み出しましょう。

予防のポイント ①栄養(バランスの良い食事)

②運動

③社会参加(趣味・ボランティア活動など)

【検査項目】

検査項目	単位	参考基準値	説明
肝機能	AST(GOT)	U/I	30以下
	ALT(GPT)	U/I	30以下
	γ-GT(γ-GTP)	U/I	50以下
尿	尿糖		陰性(ー)
	尿蛋白		陰性(ー)
貧血	ヘマトクリット	%	男 38～50 女 34～45
			一定の血液中に占める赤血球の割合です。
	血色素 (ヘモグロビン)	g/dl	男 13.1以上 女 12.1以上
			赤血球に含まれる血色素です。
その他の検査	赤血球	万/mm ³	男 430～570 女 390～520
			赤血球は、細胞に酸素を送り炭酸ガスを運び出します。
	心電図		異常なし
	眼底検査		異常なし
その他の検査	クレアチニン	mg/dl	男 0.8～1.3 女 0.6～1.0
			腎臓を通して尿中に排泄されますが、腎臓に病気があると血液中にも増えてきます。
	e G F R	ml/min/1.73m ²	60以上
			クレアチニン値から求められます。腎機能の低下発見の手がかりになります。
その他の検査	胸部X線		異常なし
			心臓や肺に異常がないか調べます。
その他の検査	血清尿酸	mg/dl	7.0以下
			高値の場合、痛風や腎臓病などが起きやすくなります。

健康診査票検査結果コード対照表

別表3 既往歴(疾病コード)

コード	疾病
1	肥満(BMI 25.0以上)
2	高血圧
3	貧血
4	肝疾患
5	糖尿病(境界型を含む)
6	虚血性心疾患
7	その他の心疾患
8	腎疾患
9	高脂血症(脂質異常症)
10	呼吸器疾患
11	高尿酸血症
12	甲状腺疾患
13	脳血管疾患
14	消化器疾患
15	アルコール性肝疾患
16	その他の疾患

別表4 自覚症状(所見コード)

コード	所見
1	動悸・息切れ
2	胸痛・胸部不快
3	頭痛・肩こり
4	一過性の意識喪失
5	めまい・耳鳴り
6	手足のしびれ・舌のもつれ
7	手足の不自由感
8	全身倦怠感
9	口渇多飲
10	体重減少
11	むくみ
12	喀痰・咳嗽
13	その他

別表5 他覚症状(所見コード)

コード	所見
1	貧血
2	くも状血管腫・手掌紅斑
3	振せん(指・唇・舌)
4	心音異常・心雑音
5	不整脈
6	呼吸音異常
7	肝腫大
8	浮腫・眼瞼
9	浮腫・下肢
10	四肢の動脈硬化
11	その他

別表6 心電図(所見コード)

コード	所見
1	Q-QS異常
2	軸偏位
3	R波増高
4	ST下降
5	T異常
6	房室伝導異常
7	心室内伝導異常
8	不整脈
9	その他

【問い合わせ先】 後期高齢者健康診査・健康相談…国保医療課(電話046-235-4595)

※おかけ間違いにご注意ください。

記入例

見本7

特定健康診査専用

海老名市 特定健康診査票

(国民健康保険)		請求区分 3		機関コード 1 4 1		※負担区分は別表1参照		生活機能評価と同時実施 1 あり ② なし	
区分	1 個別健診	請求区分 3		機関コード 1 4 1		健診費用(円)		窓口負担金額(円)	
保険者番号	1 4 0 1 6 0	1 基本的項目 2 基本的項目+詳細項目 3 基本的項目+追加項目 4 基本的項目+詳細項目+追加項目 5 人間ドック ※生活機能評価は追加項目に該当		実施機関		基本的健診		1 0	
証記号・番号	1 6 -			名称		詳細項目(眼底検査)			
受診券整理番号				住所		追加健診		1 0	
有効期限				電話 ()		合計		0	
※年齢は、今年度中の到達年齢									
フリガナ		性別	1 男 2 女	住所		請求金額(円)			
氏名					電話 ()				
生年月日									
No	質問項目	選択肢	回答欄	検査項目 コード 検査結果					
1-3	現在、次の薬を服用していますか。			検査項目 コード 検査結果					
1	a 血圧を下げる薬	②いいえ	2	尿糖 12 2 1- 2± 3+ 4++ 5+++以上					
2	b 血糖を下げる薬又はインスリン注射	②いいえ	2	尿蛋白 13 2 1- 2± 3+ 4++ 5+++以上					
3	c コレステロールや中性脂肪を下げる薬	②いいえ	2	尿検査 未実施の理由※ 1 生理中 3 その他 2 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する					
4	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。	①はい ②いいえ	2	基 中性脂肪(空腹時) 14 1 mg/dl					
5	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。	①はい ②いいえ	2	本 中性脂肪(随時) 210 1 mg/dl					
6	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(人工透析等)を受けていますか。	①はい ②いいえ	2	項 HDLコレステロール 15 1 mg/dl					
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	①はい ②いいえ	2	目 LDLコレステロール 16 1 mg/dl					
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2: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)	①はい(条件1と条件2を両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③いいえ(①②以外)	2	AST(GOT) 17 1 U/l					
9	20歳のときの体重から10kg以上増加していますか。	①はい ②いいえ	2	ALT(GPT) 18 1 U/l					
10	1回30分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。		2	γ-GT(γ-GTP) 19 1 U/l					
11	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。		2	HbA1c 21 3 %					
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。		2	ヘマトクリット値 22 0 %					
13	食事を噛んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。 ①よく噛んで食べることができている ②歯や歯ぐき、噛みあわせなど気になる部分があり噛みにくいことがある ③ほとんど噛めない		1	血色素量 23 0 g/dl					
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	①速い ②ふつう ③遅い	1	追 赤血球数 24 0 万/mm ³					
15	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。	①はい ②いいえ	1	加 血清クレアチニン 40 1 mg/dl					
16	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	2	項 eGFR 1610 ml/min/1.73m ²					
17	朝食を抜くことが週3回以上ありますか。	①はい ②いいえ	2	目 胸部X線検査 54 2 1 所見あり 2 所見なし 3 要再撮影					
18	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った者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	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)	2	胸部X線検査 54 3 所見 ()					
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・約180ml)の目安: ビール(同5度・約500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml) ウイスキー(同43度・約60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3~5合未満 ⑤5合以上	2	血清尿酸 41 1 mg/dl					
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	①はい ②いいえ	2	採血時間 2:食後10時間以上 4:食後3.5時間未満 3:食後3.5時間以上10時間未満					
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思っていますか。	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ヶ月以内) ③近いうちに(概ね1ヶ月以内)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ヶ月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)	2	眼底検査 キースワグナー 11 1 1:0 2:1 3:IIa 4:IIb 5:III 6:IV シェイエH 11 2 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4 シェイエS 11 3 1:0 2:1 3:2 4:3 5:4 SCOTT 11 4 1:I(a) 2:I(b) 3:II 4:III(a) 5:III(b) 6:IV 7:V(a) 8:V(b) 9:VI Wong-Mitchell 11 5 1 所見なし 2 軽度 3 中等度 4 重度 改変Davis 11 6 1 網膜症なし 2 単純網膜症 3 増殖前網膜症 4 増殖網膜症 (他の所見) 11 7 1 異常なし 2 異常あり 3 判定不能 (実施理由) 11 8 1 前年度の血糖値が高いため 2 血圧が高いため 3 血糖値が高いため 4 2,3 いずれも該当 ※(対象者) 11 9 1 検査結果による眼底検査対象者					
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ	1	※眼底検査における(対象者)については、詳細項目として実施している場合、実施理由と併せて必ず記載すること					

2025年度 特定健診協力医療機関一覧表

※おかけ間違いにご注意ください。見本 9

海 老 名 市												海 老 名 市											
地区	医療機関名	住 所	電話番号	要予約	眼底検査	車いす受診	土日受診	特記事項	前立腺	大腸	ウイルス	地区	医療機関名	住所	電話番号	要予約	眼底検査	車いす受診	土日受診	特記事項	前立腺	大腸	ウイルス
東柏ヶ谷	さがみ野中央病院	東柏ヶ谷6-20-20	233-5110	○	×	○			○	○	○	中央	えびな整形外科	中央1-19-33-2B	236-3530	○	×	○	土		○	○	×
	さがみ野内科・呼吸器クリニック	東柏ヶ谷4-12-4-2F	240-1180	○	×	○	土※注		○	×	○		海老名田島クリニック	中央3-3-14-2F	233-1313	○	系列可	○	土第1・3・5AM	★セット検(健)診可	○	○	○
	さがみ野やまなクリニック	東柏ヶ谷3-17-31	231-9981	○	×	○	土AMのみ		○	○	○		海老名ピープルクリニック	中央1-13-1-中2F	236-6080	○	×	○※注	土※注		○	○	○
	とみなが内科医院	東柏ヶ谷3-13-6-2F	235-4333	○	×	○※注			○	○	○		つげの木内科クリニック	中央1-19-33-3F	259-8330	○	○	○※注	土AMのみ	★セット検(健)診可	○	○	○
	もり整形外科眼科	東柏ヶ谷2-29-16-101	234-5565	○	自院可	×	土	10・11月実施なし	○	○	○	さつき町 河原口 中新田	大島クリニック	河原口1-1-14	236-3000	○	×	○	土AMのみ		○	○	○
柏ヶ谷	かしわ台駅前クリニック	柏ヶ谷2-9-39-101	234-1234	○	×	×	土AMのみ		○	○	○		トータルケアガーデン湘南海老名クリニック	河原口2-30-24-1F	244-6070	○	×	○	土		○	○	○
	湘陽かしわ台病院	柏ヶ谷3-11-1	236-6355	○	×	○	土		○	○	○		さつき町診療所	さつき町1-21-101	232-3821	○	×	○※注	土AMのみ		○	○	○
	葉梨循環器内科クリニック	柏ヶ谷4-3-30	232-8740	○	×	×	土AMのみ		○	×	○		海老名ハートクリニック	中新田406	236-6085	○	×	×			○	○	○
	葉梨整形外科	柏ヶ谷6-5-8	232-8500	×	×	○	土AMのみ	曜日指定あり	○	×	○	国分北・国分南	大澤クリニック	国分北1-4-16	235-5000	×	×	×	土		○	○	○
上今泉・下今泉 めぐみ町	玉井小児科神経クリニック	上今泉4-13-18	233-7005	○	×	×	土		○	○	○		やよいクリニック	国分北1-38-28	233-8419	○	×	×			○	○	○
	えびなファミリークリニック ソラーレ	下今泉4-2-14-1F	204-6615	○	×	○	土		○	○	○		海老名中央医院	国分南3-6-17	231-4776	○	×	○	土AMのみ		○	○	○
	海老名おはよう内科クリニック	めぐみ町3-1-6F	200-7887	○	×	○			○	○	○		やまなかクリニック	国分南3-8-13	236-5250	○	×	○	土		○	○	○
	海老名スマイルクリニック	めぐみ町3-1-601-11	204-9894	○	×	○※注	土AMのみ		○	×	○	国分寺台	中央戸医院	国分寺台5-13-11	200-9112	○	×	○			○	○	○
	えびな脳神経クリニック	めぐみ町3-1-601-12	236-2188	○	×	○	土		○	○	○		内科・小児科北川医院	国分寺台1-18-1	232-0550	○	×	○※注	土AMのみ		○	○	○
	カラダテラス海老名	めぐみ町3-1-7F	292-1311	○	自院可	○※注	土	★セット検(健)診可	○	○	○		横山クリニック	国分寺台5-13-1	232-6767	○	×	○	土		○	○	○
扇町	海老名駅前内科クリニック	扇町3-6-2F	206-6711	○	×	○※注	土・日		○	○	○	中河内・本郷	のぞわ小児科内科医院	杉久保北4-13-14	238-9957	○	×	○	土		○	○	○
	海老名西口糖尿病クリニック	扇町5-8-201	206-5882	○	×	○			○	○	○		オアシス湘南病院	中河内1227-1	238-6262	○	×	○			○	×	×
	腎健クリニック	扇町15-1	231-8151	○	×	○		曜日指定あり	○	○	○		海老名あおばクリニック	本郷2209-2	238-6246	○	×	○			○	○	○
中央	海老名胃腸内科内視鏡クリニック	中央3-2-5-1F	205-8348	○	×	○※注	土		○	○	○	今里・社家	えびな桂冠内科クリニック	本郷2666-1	239-3900	○	×	○	土AMのみ		○	×	○
	海老名けやきクリニック	中央2-8-8-2FB	236-2777	○	×	×			○	○	○		小林内科医院	社家6-6-22	238-1680	○	×	○	土AMのみ	11・12月実施なし	○	○	○
	海老名呼吸器科クリニック	中央3-3-1-5F	236-1159	○	×	×		10～2月実施なし	○	○	○	今里	今里クリニック	今里1-10-12	232-8222	○	×	○			○	○	○

年度途中で記載内容が変更となる場合があります。詳細は各医療機関へお問い合わせください。

※注……条件があるため、医療機関へ直接ご確認ください。
★今年度もセット検(健)診を実施しています。詳細はえびな健康だよりをご確認ください。

眼底検査実施連絡票をもらったら、「眼底検査」を受けましょう！

特定健康診査では、検査結果が基準に該当し、医師が必要と判断した方は眼底検査を受けることができます。

どんな人が対象になるの？

次の①または②に当てはまり、医師が必要と判断した人が対象です！

①血圧 収縮期140mmHg 以上
または
拡張期90mmHg 以上

②血糖 HbA1c 6.5%以上

どんな検査なの？

眼底カメラなどで眼球の奥にある血管などを調べる検査です。
高血圧や動脈硬化の程度、糖尿病性の変化などを推定できます。

どうやって受けるの？

【眼底検査実施可能医療機関で健診を受けた方】
健診実施医療機関にて眼底検査を受けてください。
【眼底検査が実施できない医療機関で健診を受けた方】
対象の方には、健診受診医療機関より眼底検査実施連絡票が渡されます！
右記の眼科にご自身でご予約のうえ、眼底検査を受けてください。
※眼底検査実施連絡票がない方は受診できません。

眼底検査実施医療機関

医療機関名	住 所	電話番号	要予約	車いす	土日受診	特記事項
みたに眼科クリニック	東柏ヶ谷5-18-19-1F	236-5830	○	○	土AMのみ	
かくらい眼科	柏ヶ谷3-1-3	232-0070	—	○	土・日	±9:00～12:30 日9:00～12:00
海老名駅前眼科 ピナガーデンズ	めぐみ町3-1-8F	233-8888	○	○	土	
なえ眼科クリニック	扇町13-1-1F	206-6090	—	○	土・日 祝日	
小川眼科	中央1-13-1-1F	234-4200	—	○	土・日 祝日	
本間眼科	中央2-1-16-3F	234-3300	○	○	土AMのみ	

座 間 市					厚 木 市				
地区	医療機関名	住 所	電話番号	眼底検査	地区	医療機関名	住 所	電話番号	眼底検査
さがみ野	菊田医院	さがみ野3-1-12	253-1234	×	厚木北	厚木中町クリニック	中町4-10-2-1F	221-4114	×
	中村整形外科	さがみ野1-5-8	256-7355	×		あつぎファミリークリニック	中町1-6-7	221-1115	×
栗原	くりはらメディカルクリニック	栗原1199-4	200-9898	×		イオン厚木オアシス診療所	中町1-5-10-1F	297-4123	×
	座間厚生病院	栗原912-2	255-3211	×		酒井医院	中町1-8-6	221-0121	×
座間	浅利クリニック	座間2-236-4	255-8611	×		仁厚会病院	中町3-8-11	221-5979	自院可
相武台	座間総合病院	相武台1-50-1	251-8000	×		本厚木かかりつけクリニック	中町3-1-15	297-1919	×
	相武台ニーレンクリニック	相武台1-35-10	298-2552	自院可		山口胃腸科クリニック	中町3-18-19-5F	222-0526	×
	相武台メディカルクリニック	相武台3-27-60	255-3003	×		青木医院	東町3-19	221-0031	×
	たかはしクリニック	相武台3-42-61-1F	257-7737	×		佐々木内科クリニック	水引2-1-14	221-0088	×
	降矢医院	相武台3-18-51	251-1364	×		せいきょうあつぎ診療所	水引2-8-29	223-3325	×
	馬来内科胃腸外科	相武台2-38-31	255-3228	×	厚木南	厚木循環器・内科クリニック	泉町3-5-3F	227-3015	×
相模が丘	相模が丘内科	相模が丘5-42-10-102	042-742-6866	×		厚木整形外科	泉町3-5-2F	228-3336	×
	相模台健診クリニック	相模が丘6-27-43	256-9235	自院可		本厚木メディカルクリニック	泉町3-14-3F	227-6213	自院可
	塚原クリニック	相模が丘5-5-7-105	042-705-9555	×		かとうクリニック	旭町4-1-6-1	220-0330	×
入谷東・西	内山外科整形外科	入谷東2-32-6	253-4333	×		かんきクリニック	旭町5-35-15-101	228-2002	×
	とぎ内科クリニック 座間駅前	入谷東4-54-31-3F-A	253-4110	×		笹生循環器クリニック	旭町5-47-1	227-1919	自院可
	さとだ内科クリニック	入谷西3-18-1-1F	298-0066	×		高野クリニック	旭町1-15-16-8F	227-1177	×
立野台・緑ヶ丘	竹川胃腸科医院	立野台2-3-6	254-3166	×		ヘルスケアクリニック厚木	旭町1-25-1-3F	227-1131	自院可
	立野台内科クリニック	立野台3-14-5	204-9222	×		ほんあつ胃腸科・内科 クリニック	旭町1-25-1-2F	229-4341	×
	広井内科医院	緑ヶ丘4-7-7	254-8307	×	睦合南	丸山内科クリニック	妻田東2-30-38	223-0065	×
	マザーホームクリニック	緑ヶ丘2-1-15-3	204-5621	×		厚木消化器内科クリニック	妻田南1-16-36-1F	223-1155	×
						妻田内科クリニック	妻田西3-17-8	223-3121	×
					睦合西	田島外科	及川1-12-15	241-8715	×
						鈴木内科クリニック	林3-6-38	297-3131	×
綾 瀬 市					依知	箕浦メディカルクリニック	関口823-1	245-0146	×
深谷	綾瀬消化器内科クリニック	深谷中1-16-35-2F	0467-50-0422	系列可	荻野	鳶尾診療所	鳶尾2-25-2-106	241-7100	自院可
	綾瀬ライフスタイル クリニック	深谷中1-16-35-1F	0467-71-0307	自院可	南毛利	はせべ内科医院	戸室1-32-3	295-1241	×
	きくち総合診療クリニック	深谷中7-18-2-1F	0467-76-1000	×		小児科内科 落合医院	温水1016	247-1577	×
	紀医院	深谷中6-19-18	0467-78-0327	×		湘南厚木病院	温水118-1	223-7815	自院可
	とうめい綾瀬腎クリニック	深谷中1-8-20	0467-70-1115	×	緑ヶ丘	池田クリニック	緑ヶ丘1-6-5	221-5353	×
	比留川医院	深谷南1-6-3	0467-79-0355	×		内科・泌尿器科 窪田医院	緑ヶ丘2-5-5	221-2200	×
大上	共ヶ岡診療所	大上3-20-23	0467-78-1598	×	森の里 玉川	厚木佐藤病院	小野759	247-1211	自院可
寺尾	原クリニック	寺尾釜田1-1-8	0467-79-8348	×		亀田森の里病院	森の里3-1-1	247-2121	自院可
	市川医院	寺尾南1-6-17	0467-78-7311	×	南毛利南	今岡医院	愛甲西3-2-6	248-1046	×
上土棚	島田外科・内科	上土棚中6-14-26	0467-76-0006	自院可		東名厚木メディカル サテライトクリニック	船子224	229-1937	自院可
	綾瀬藤沢原クリニック 内科・内視鏡内科・整形外科	上土棚中4-1-108	0467-62-1971	×	相川	高橋内科医院	酒井2537	229-0188	×

特定健康診査前の食事及び運動について

アルコールの摂取や激しい運動は、特定健康診査の前日は控えてください。

《午前中に受診する場合》

特定健康診査前10時間以上は、水以外の飲食物は控えてください。

《午後に受診する場合》

軽めの朝食とし、特定健康診査まで水以外の飲食物は控えてください。

※内服中のお薬については、主治医に確認してください。

☆がん検診も受けてみませんか？～早期発見が重要です～☆

○市のがん検診には胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮がん、前立腺がん、口腔がん検診があります。

○集団検診（海老名市役所で実施）と個別検診（指定の医療機関で実施）があります。

○大腸がん、前立腺がん、肝炎ウイルス検診は、特定健診と同時受診すると、次表の自己負担額で受診いただけます。

名称	対象	内容	費用
前立腺がん検診	50歳以上の男性	血液検査 (PSA値を測定)	1,500円⇒800円 (特定健診と同時実施)
大腸がん検診	40歳以上の方	便潜血反応検査	1,000円⇒400円 (特定健診と同時実施)
肝炎ウイルス 検診	40歳以上の方 (未受診の方)	血液検査 (HCV型抗体・ HBs型抗原検査)	1,100円⇒500円 (特定健診と同時実施)

☆お得なセット検(健)診もあります！☆

○特定健診と複数のがん検診を同時に実施すると自己負担額がお得になる“セット検(健)診”を実施しています。
対象や受診できる医療機関などは、「えびな健康だより」をご確認ください。

※詳細については、えびな健康だより、市ホームページをご覧くださいか、健康推進課(046-235-7880)にお問い合わせください。

年度途中で記載内容が変更となる場合があります。
詳細は各医療機関へお問い合わせください。



2025年度 後期高齢者健診協力医療機関一覧表

※おかけ間違いにご注意ください。

海 老 名 市																								
地区	医療機関名	住 所	電話番号	要予約	眼底検査	車いす受診	土日受診	特記事項	前立腺	大腸	肝炎ウイルス	地区	医療機関名	住所	電話番号	要予約	眼底検査	車いす受診	土日受診	特記事項	前立腺	大腸	肝炎ウイルス	
東柏ヶ谷	さがみ野中央病院	東柏ヶ谷6-20-20	233-5110	○	×	○			○	○	○	中央	えびな整形外科	中央1-19-33-2B	236-3530	○	×	○	土			○	○	×
	さがみ野内科・呼吸器クリニック	東柏ヶ谷4-12-4-2F	240-1180	○	×	○	土※注		○	×	○		海老名田島クリニック	中央3-3-14-2F	233-1313	○	○※注2	○	土第1・3・5AM	★セット検(健)診可	○	○	○	
	さがみ野やまなクリニック	東柏ヶ谷3-17-31	231-9981	○	×	○	土AMのみ		○	○	○		海老名ピープルクリニック	中央1-13-1-中2F	236-6080	○	×	○※注1	土※注		○	○	○	
	とみなが内科医院	東柏ヶ谷3-13-6-2F	235-4333	○	×	○※注1			○	○	○		つげの木内科クリニック	中央1-19-33-3F	259-8330	○	○	○※注1	土AMのみ	★セット検(健)診可	○	○	○	
	もり整形外科眼科	東柏ヶ谷2-29-16-101	234-5565	○	○	×	土	10・11月実施なし	○	○	○		中さつき町 河原口 新田	大島クリニック	河原口1-1-14	236-3000	○	×	○	土AMのみ		○	○	○
柏ヶ谷	かしわ台駅前クリニック	柏ヶ谷2-9-39-101	234-1234	○	×	×	土AMのみ		○	○	○	トータルケアガーデン湘南海老名クリニック		河原口2-30-24-1F	244-6070	○	×	○	土		○	○	○	
	湘陽かしわ台病院	柏ヶ谷3-11-1	236-6355	○	×	○	土		○	○	○	さつき町診療所		さつき町1-21-101	232-3821	○	×	○※注1	土AMのみ		○	○	○	
	葉梨循環器内科クリニック	柏ヶ谷4-3-30	232-8740	○	×	×	土AMのみ		○	×	○	海老名ハートクリニック		中新田406	236-6085	○	×	×			○	○	○	
	葉梨整形外科	柏ヶ谷6-5-8	232-8500	×	×	○	土AMのみ	曜日指定あり	○	×	○	国分北・国分南		大澤クリニック	国分北1-4-16	235-5000	×	×	×	土		○	○	○
上今泉・下今泉 めぐみ町	玉井小児科神経クリニック	上今泉4-13-18	233-7005	○	×	×	土		○	○	○			やよいクリニック	国分北1-38-28	233-8419	○	×	×			○	○	○
	えびなファミリークリニック ソラーレ	下今泉4-2-14-1F	204-6615	○	×	○	土		○	○	○			海老名中央医院	国分南3-6-17	231-4776	○	×	○	土AMのみ		○	○	○
	海老名おはよう内科クリニック	めぐみ町3-1-6F	200-7887	○	×	○			○	○	○			やまなかクリニック	国分南3-8-13	236-5250	○	×	○	土		○	○	○
	海老名スマイルクリニック	めぐみ町3-1-601-11	204-9894	○	×	○※注1	土AMのみ		○	×	○	国分寺台		栄戸医院	国分寺台5-13-11	200-9112	○	×	○			○	○	○
	えびな脳神経クリニック	めぐみ町3-1-601-12	236-2188	○	×	○	土		○	○	○			内科・小児科北川医院	国分寺台1-18-1	232-0550	○	×	○※注1	土AMのみ		○	○	○
	カラダテラス海老名	めぐみ町3-1-7F	292-1311	○	○	○※注1	土	★セット検(健)診可	○	○	○		横山クリニック	国分寺台5-13-1	232-6767	○	×	○	土		○	○	○	
扇町	海老名駅前内科クリニック	扇町3-6-2F	206-6711	○	×	○※注1	土・日		○	○	○	中河内・本郷 杉久保北	のざわ小児科内科医院	杉久保北4-13-14	238-9957	○	×	○	土		○	○	○	
	海老名西口糖尿病クリニック	扇町5-8-201	206-5882	○	×	○			○	○	○		オアシス湘南病院	中河内1227-1	238-6262	○	×	○			○	×	×	
	腎健クリニック	扇町15-1	231-8151	○	×	○		曜日指定あり	○	○	○		海老名あおばクリニック	本郷2209-2	238-6246	○	×	○			○	○	○	
中央	海老名胃腸内科内視鏡クリニック	中央3-2-5-1F	205-8348	○	×	○※注1	土		○	○	○	今里・社家 今里	えびな桂冠内科クリニック	本郷2666-1	239-3900	○	×	○	土AMのみ		○	×	○	
	海老名けやきクリニック	中央2-8-8-2FB	236-2777	○	×	×			○	○	○		小林内科医院	社家6-6-22	238-1680	○	×	○	土AMのみ	11・12月実施なし	○	○	○	
	海老名呼吸器科クリニック	中央3-3-1-5F	236-1159	○	×	×		10～2月実施なし	○	○	○		今里クリニック	今里1-10-12	232-8222	○	×	○			○	○	○	

年度途中で記載内容が変更となる場合があります。詳細は各医療機関へお問い合わせください。

※注1……条件があるため、医療機関へ直接ご確認ください。
※注2……系列医療機関で実施可。(表裏共通)

眼底検査実施連絡票をもらったら、「眼底検査」を受けましょう！

後期高齢者健康診査では、検査結果が基準に該当し、医師が必要と判断した方は眼底検査を受けることができます。

どんな人が対象になるの？

次の①または②に当てはまり、
医師が必要と判断した人が
対象です！

- ①血圧 収縮期140mmHg 以上
または
拡張期90mmHg 以上
②血糖 HbA1c 6.5%以上

どんな検査なの？

眼底カメラなどで眼球の
奥にある血管などを調べる
検査です。
高血圧や動脈硬化の
程度、糖尿病性の変化
などを推定できます。

どうやって受けるの？

【眼底検査実施可能医療機関で健診を受けた方】
健診実施医療機関にて眼底検査を受けてください。
【眼底検査が実施できない医療機関で健診を受けた方】
対象の方には、健診受診医療機関より眼底検査実施
連絡票が渡されます！
右記の眼科にご自身でご予約のうえ、眼底検査を受け
てください。
※眼底検査実施連絡票がない方は受診できません。

眼底検査実施医療機関

医療機関名	住 所	電話番号	要予約	車いす	土日受診	特記事項
みたに眼科クリニック	東柏ヶ谷5-18-19-1F	236-5830	○	○	土AMのみ	
かくらい眼科	柏ヶ谷3-1-3	232-0070	—	○	土・日	±9:00～12:30 日9:00～12:00
海老名駅前眼科 ピナガーデンズ	めぐみ町3-1-8F	233-8888	○	○	土	
なえ眼科クリニック	扇町13-1-1F	206-6090	—	○	土・日 祝日	
小川眼科	中央1-13-1 4番館1F	234-4200	—	○	土・日 祝日	
本間眼科	中央2-1-16-3F	234-3300	○	○	土AMのみ	

2025年度 後期高齢者健診協力医療機関一覧表

※おかけ間違いにご注意ください。

見本10

座間市					厚木市				
地区	医療機関名	住 所	電話番号	眼底検査	地区	医療機関名	住 所	電話番号	眼底検査
さがみ野	菊田医院	さがみ野3-1-12	253-1234	×	厚木北	厚木中町クリニック	中町4-10-2-1F	221-4114	×
	中村整形外科	さがみ野1-5-8	256-7355	×		あつぎファミリークリニック	中町1-6-7	221-1115	×
栗原	くりはらメディカルクリニック	栗原1199-4	200-9898	×		イオン厚木オアシス診療所	中町1-5-10-1F	297-4123	×
	座間厚生病院	栗原912-2	255-3211	×		酒井医院	中町1-8-6	221-0121	×
座間	浅利クリニック	座間2-236-4	255-8611	×		仁厚会病院	中町3-8-11	221-5979	○
相武台	座間総合病院	相武台1-50-1	251-8000	×		本厚木かかりつけクリニック	中町3-1-15	297-1919	×
	相武台ニーレンクリニック	相武台1-35-10	298-2552	○		山口胃腸科クリニック	中町3-18-19-5F	222-0526	×
	相武台メディカルクリニック	相武台3-27-60	255-3003	×		青木医院	東町3-19	221-0031	×
	たかはしクリニック	相武台3-42-61-1F	257-7737	×		佐々木内科クリニック	水引2-1-14	221-0088	×
	降矢医院	相武台3-18-51	251-1364	×		せいきょうあつぎ診療所	水引2-8-29	223-3325	×
	馬来内科胃腸外科	相武台2-38-31	255-3228	×	厚木南	厚木循環器・内科クリニック	泉町3-5-3F	227-3015	×
相模が丘	相模が丘内科	相模が丘5-42-10-102	042-742-6866	×		厚木整形外科	泉町3-5-2F	228-3336	×
	相模台健診クリニック	相模が丘6-27-43	256-9235	○		本厚木メディカルクリニック	泉町3-14-3F	227-6213	○
	塚原クリニック	相模が丘5-5-7-105	042-705-9555	×		かとうクリニック	旭町4-1-6-1	220-0330	×
入谷東・西	内山外科整形外科	入谷東2-32-6	253-4333	×		かんきクリニック	旭町5-35-15-101	228-2002	×
	とき内科クリニック 座間駅前	入谷東4-54-31-3F-A	253-4110	×		笹生循環器クリニック	旭町5-47-1	227-1919	○
	さとだ内科クリニック	入谷西3-18-1-1F	298-0066	×		高野クリニック	旭町1-15-16-8F	227-1177	×
	谷戸山の森内科クリニック	入谷東2-6-23	255-5222	×		ヘルスケアクリニック厚木	旭町1-25-1-3F	227-1131	○
立野台・緑ヶ丘	竹川胃腸科医院	立野台2-3-6	254-3166	×		ほんあつ胃腸科・内科 クリニック	旭町1-25-1-2F	229-4341	×
	立野台内科クリニック	立野台3-14-5	204-9222	×	睦合南	丸山内科クリニック	妻田東2-30-38	223-0065	×
	広井内科医院	緑ヶ丘4-7-7	254-8307	×		厚木消化器内科クリニック	妻田南1-16-36-1F	223-1155	×
	マザーホームクリニック	緑ヶ丘2-1-15-3	204-5621	×		妻田内科クリニック	妻田西3-17-8	223-3121	×
					睦合西	田島外科	及川1-12-15	241-8715	×
						鈴木内科クリニック	林3-6-38	297-3131	×
綾瀬市					依知	箕浦メディカルクリニック	関口823-1	245-0146	×
地区	医療機関名	住 所	電話番号	眼底検査	荻野	鳶尾診療所	鳶尾2-25-2-106	241-7100	○
深谷	綾瀬消化器内科クリニック	深谷中1-16-35-2F	0467-50-0422	○※注2	南毛利	はせべ内科医院	戸室1-32-3	295-1241	×
	綾瀬ライフスタイル クリニック	深谷中1-16-35-1F	0467-71-0307	○		小児科内科 落合医院	温水1016	247-1577	×
	きくち総合診療クリニック	深谷中7-18-2-1F	0467-76-1000	×		湘南厚木病院	温水118-1	223-7815	○
	紀医院	深谷中6-19-18	0467-78-0327	×	緑ヶ丘	池田クリニック	緑ヶ丘1-6-5	221-5353	×
	とうめい綾瀬腎クリニック	深谷中1-8-20	0467-70-1115	×		内科・泌尿器科 窪田医院	緑ヶ丘2-5-5	221-2200	×
	比留川医院	深谷南1-6-3	0467-79-0355	×	玉川の里	厚木佐藤病院	小野759	247-1211	○
大上	共ヶ岡診療所	大上3-20-23	0467-78-1598	×		亀田森の里病院	森の里3-1-1	247-2121	○
寺尾	原クリニック	寺尾釜田1-1-8	0467-79-8348	×	南毛利南	今岡医院	愛甲西3-2-6	248-1046	×
	市川医院	寺尾南1-6-17	0467-78-7311	×		東名厚木メディカル サテライトクリニック	船子224	229-1937	○
上土棚	島田外科・内科	上土棚中6-14-26	0467-76-0006	○	相川	高橋内科医院	酒井2537	229-0188	×
	綾瀬藤沢原クリニック 内科・内視鏡内科・整形外科	上土棚中4-1-108	0467-62-1971	×					

後期高齢者健康診査 受診の流れ

受診の申し込み

受診

結果の送付

個別健診となりますので、指定の医療機関へ直接連絡をし、予約します。（※受診期間は6月～翌年3月までです。）

受診当日は、後期高齢者医療被保険者証・受診券・診査票を医療機関に持参ください。
※一部、市から送付した診査票を使用しない医療機関があります。

受診した病院から結果が送付されます。
健診の結果に応じて、国保医療課、健康推進課、地域包括ケア推進課または地域包括支援センターから健康教室や健康相談のご案内や訪問を行います。また、健康相談等の機会を希望される方は、国保医療課（☎235-4595）までご連絡ください。

※過去に同じ健康診査を受診されている方で、結果の比較表をご希望の方は、受診後に国保医療課（☎235-4595）までご連絡ください。比較表を送付します。

- ・数値のみの比較となるので予めご了承ください。
- ・比較表の送付には、受診から4か月ほどかかります。

後期高齢者健康診査前の食事及び運動について

アルコールの摂取や激しい運動は、特定健康診査の前日は控えてください。

《午前中に受診する場合》
特定健康診査前10時間以上は、水以外の飲食物は控えてください。

《午後に受診する場合》
軽めの朝食とし、特定健康診査まで水以外の飲食物は控えてください。

※内服中のお薬については、主治医に確認してください。

がん検診も受けてみませんか？～早期発見が重要です～

前立腺がん	大腸がん	胃がん	肺がん	乳がん	子宮がん	口腔がん	肝炎ウイルス
-------	------	-----	-----	-----	------	------	--------

○集団検診（海老名市役所で実施）と個別検診（指定の医療機関で実施）があります。

○大腸がん、前立腺がん、肝炎ウイルスの個別検診は、後期高齢者健診と同時受診することができます。

○75歳以上の方は、がん検診及び後期高齢者健診を無料で受けられます。
75歳未満の方は、費用がかかる場合があります。

○75歳未満で、費用がかかる方の場合、大腸がん検診、前立腺がん検診、肝炎ウイルス検診は、後期高齢者健診と同時受診されると自己負担額がお安くなります。

○詳細については、えびな健康だより、市ホームページをご覧ください。健康推進課（046-235-7880）にお問い合わせください。

年度途中で記載内容が変更となる場合があります。
詳細は各医療機関へお問い合わせください。

年に一度は健診を受けて、
自分の健康管理をするにや～

※注意※

75歳で受診する場合のご注意

今年度中に75歳を迎える方は、受診日時点の年齢で持ち物が変わります。
 ○が付いているものが必要となります。よくご確認のうえ、受診してください。
 75歳を迎えてから人間ドックを受検した場合、人間ドック費用の助成は利用できません。

お誕生日前日までに受診する場合はこちらです！

お誕生日以降に受診する場合はこちらです！

【持ち物一覧】

	74歳で受診する場合	75歳で受診する場合
特定健康診査受診券	○	○
※75歳を迎えてから健康診査を受診する場合も、本受診券をご使用ください。		
海老名市 特定健康診査票	○ 3枚複写の白色の用紙	—
海老名市 後期高齢者健康診査票	—	○ 3枚複写の水色の用紙
国民健康保険被保険者証（マイナ保険証） または資格確認書	○	—
後期高齢者医療被保険者証（マイナ保険証） または資格確認書	—	○

74歳で受診する場合は、
 左上に「特定健康診査専用」となっているものをご使用ください。（用紙の色：白色）

特定健康診査専用

（国民健康保険）

海老名市 特定健康診査票

区分	1 個別健診	請求区分	3	機関コード	1 4 1	健
保険者番号	1 4 0 1 6 0	1 基本的项目	実施機関 名称 住所 電話 ()	基本的健診		
証記号・番号	1 6 -	2 基本的项目+詳細項目		詳細項目 (眼底検査)		
受診券整理番号		3 基本的项目+追加項目		追加健診		
有効期限		4 基本的项目+詳細項目+追加項目		合計		
		5 人間ドック ※生活機能評価は追加項目に該当				

※年齢は、今年度中の到達年齢

フリガナ

75歳で受診する場合は、
 左上に「後期高齢者健康診査専用」となっているものをご使用ください。（用紙の色：水色）

後期高齢者健康診査専用

（後期高齢者医療）

海老名市 後期高齢者健康診査票

区分	1 個別健診	請求区分	3	機関コード	1 4 1	健診費用
保険者番号	3 9 1 4 2 1 5 3	1 基本的项目	実施機関 名称 住所 電話 ()	基本的健診		
被保険者番号		2 基本的项目+詳細項目		詳細項目 (眼底検査)		
受診券整理番号		3 基本的项目+追加項目		追加健診		
有効期限		4 基本的项目+詳細項目+追加項目		合計		
		5 人間ドック ※生活機能評価は追加項目に該当				

※年齢は、今年度中の到達年齢

フリガナ

許認可等調書

認定番号 _____

商号又は名称 _____

入札案件名	(契約番号)
許認可等の要件 ※入札案件概要書「その他の要件」欄コピー	

○許認可等の概要

許認可等名称	許認可等機関	添付書類
		枚
		枚
		枚

※許認可・資格・認証等の記載内容を証明できる書類の写しを添付すること。
※添付書類は、上記記載の順に次ページ以降に添付してください。
※条件に該当する箇所を、明示してください。（コメントの付加、マーカー表示など）

担当者様 _____ 連絡先 _____