

健診結果のご提供は、将来の健康保険料率の軽減に繋がります。
是非ご協力いただきますようお願いいたします。

補足問診票

事業所名称		
健康保険記号・番号	記 号	番 号
フリガナ		
氏名		

以下の質問項目にご回答ください。（健診結果に記載がある場合は回答不要です。）
当てはまる場合のみ、「はい」に☑をしてください。「いいえ」の場合はその項目について☑は不要です。

	質問項目	回答
服薬歴	血圧を下げる薬を飲んでいますか？	☐ はい
	インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいますか？	☐ はい
	コレステロールまたは中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか？	☐ はい
喫煙歴	現在、たばこを習慣的に吸っていますか？ ※習慣的な喫煙とは、月に100本以上または6ヵ月以上喫煙しており、健診の直近1ヵ月も吸っている状態。	☐ はい ☐ 以前は吸っていたが直近1か月は吸っていない
既往歴	これまでに大きな病気や手術をしたことがありますか？ ※「はい」の場合は病名等（	☐ はい
自覚症状	本人が自覚する症状はありますか？ ※「はい」の場合はその症状（	☐ はい
他覚症状	医師から言われた症状はありますか？ ※「はい」の場合はその症状（	☐ はい
腹囲	腹囲をご記入ください。	c m

～質問は以上です。ご協力ありがとうございました。～

※大変申し訳ございません。お手数ですが必要人数分をコピーのうえご使用ください。

～ 健診結果のご提供は、法令に基づく手続きです ～

「高齢者の医療の確保に関する法律」及び「健康保険法」において、協会けんぽは加入者に対する特定健診・特定保健指導ならびに加入者の健康の保持増進のために必要な事業を行うため、事業者に対し、加入者に係る健康診断に関する記録の写しを提供するよう求めることができ、提供を求められた事業者は、当該記録の写しを提供しなければならないと規定されています。

※ご提供いただく検査項目（必須項目）

身体計測等：身長／体重／BMI／腹囲／血圧
血 糖：空腹時血糖 又は HbA1c 又は 食後3.5時間未満を除く随時血糖
脂 質：空腹時中性脂肪 又は 食後3.5時間未満を除く随時中性脂肪／
HDLコレステロール／LDLコレステロール
肝 機 能：AST (GOT) ／ALT (GPT) ／ γ -GT (γ -GTP)
尿 検 査：尿糖／尿たんぱく
問 診 等：服薬歴／喫煙歴／既往歴／自覚症状／他覚症状／医師の診断／
健診を実施した医師の氏名／健診実施年月日

～『インセンティブ制度』により、健康保険料率の軽減に繋がります～

『インセンティブ制度』とは、加入者や事業主の皆様の健康づくりに関する5つの取り組み（評価指標）の結果をもとに、全国47支部を順位付けし、上位15支部の2年後の健康保険料率を引き下げる制度です。

なお、健診結果のご提供は、①特定健診の実施率に反映されます。

