

質問票 兼 同意書

事業所名 _____

フリガナ

お名前 _____ 様 (被保険者証記号 _____ 番号 _____)

問診項目の確認 (※該当に☑を記入してください。)		
既往歴	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	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（人工透析など）を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
服薬歴	血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
喫煙歴	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、①と②を両方満たす者である。 ①：最近1ヶ月吸っている ②：生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> はい（①と②を両方満たす） <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない（②のみ満たす） <input type="checkbox"/> いいえ（上記以外）
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)	
他覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)	
腹囲	_____ c m	

～必ず裏面をご覧ください～

<p>事業主様</p> <p>私は定期健康診断の結果（特定健康診査項目以外を含む）を、全国健康保険協会大分支部へ提供することに同意します。</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="font-size: 1.2em;">氏名</p> <p style="text-align: right; font-size: 1.2em;">印</p> </div>
--	---

※本人自署の場合は押印不要

【定期健診結果データの提供について】

「高齢者の医療の確保に関する法律」第27条および健康保険法第150条において、保険者（協会けんぽ）は事業主等に対して定期健診結果の写しを提供するよう求めることができます。また、提供を求められた事業主等は、保険者に対して定期健診結果の写しを提供しなければならないことが規定されています。

事業主が定期健診結果の写しを保険者に提供することは、個人情報保護に関する法律に抵触するものではありませんが、その健診結果に、特定健康診査（以下「特定健診」といいます）項目以外の健診結果が含まれている場合は、健診を受診されたご本人様の同意が必要となります。

【事業主様へ】

定期健診結果をご提供の際に、特定健診項目以外の健診結果が記載されている場合は、必ず健診を受診された従業員様から同意（表面下部への署名）を得ていただきますようお願いいたします。

【健診受診者（従業員）様へ】

事業主様が協会けんぽに対して、特定健診項目以外の健診結果が含まれている定期健診結果の写しを提供することに同意していただける場合は、表面下部にご署名をお願いいたします。

※特定健診項目以外の健診結果については、全国健康保険協会において利用いたしません。なお、ご提供いただきました定期健診結果の写しについては、特定健康結果を登録後、適宜廃棄させていただきます。

《ご提供をお願いする健診結果の項目等》

- ・健診機関名 ・氏名（カナ） ・住所 ・生年月日 ・性別
- ・健康保険証の記号、番号、枝番 ・受診年月日 ・既往歴 ・自覚症状 ・他覚症状
- ・身長 ・体重 ・BMI ・腹囲 ・血圧
- ・中性脂肪 ・HDLコレステロール ・LDLコレステロール ・AST（GOT）
- ・ALT（GPT） ・ γ -GT（ γ -GTP） ・空腹時血糖（又はヘモグロビンA1c）
- ・尿糖 ・尿蛋白 ・メタボリックシンドローム判定
- ・医師の診断（判定） ・健診を実施した医師の氏名
- ・服薬情報（血圧、血糖、脂質） ・喫煙歴

※ヘモグロビンA1cの値はJDS値ではなく、NGSP値のみとすること。

※全国健康保険協会大支部（加入者）のデータであること。