

質 問 票

事業所名

フリガナ

お名前 _____ 様 (健康保険記号 _____ 番号 _____)

問診項目の確認(※該当に☑を記入してください)	
既往歴	☐ なし
	☐ あり (_____)
服薬歴	☐ なし
	☐ 血圧を下げる薬
	☐ コレステロール又は中性脂肪を下げる薬
	☐ 血糖を下げる薬
喫煙歴	☐ 現在吸っていない
	☐ 以前は吸っていたが、最近 1 ヶ月は吸っていない
	☐ 習慣的に吸っている
採血時間	☐ 食後 10 時間以上経過後
	☐ 食後 3.5 時間以上 10 時間未満
自覚症状	☐ なし
	☐ あり (_____)
他覚症状	☐ なし
	☐ あり (_____)
腹囲	_____ c m

～必ず裏面をご覧ください～

【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、個人情報の保護に関する法律に抵触するものではなく、健診受診者本人の同意も必要ありません。

※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） ・生年月日 ・性別 ・健康保険の記号、番号 ・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
- ・脂質（空腹時中性脂肪または随時中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロールまたは non-HDL コレステロール）
- ・肝機能（AST・ALT・γ-GT）
- ・血糖（空腹時血糖またはヘモグロビンA1c、随時血糖） ・尿糖 ・尿蛋白
- ・医師の診断（判定） ・健診を実施した医師の氏名 ・メタボリックシンドローム判定
- ・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。

※全国健康保険協会山梨支部（加入者）の75歳未満のデータであること。

【参考】「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号）～抜粋

～

第27条第3項

保険者は、特定健康診査等の適切かつ有効な実施を図るため、加入者を使用している事業者等（厚生労働省令で定める者を含む。以下この項及び次項において同じ。）又は使用していた事業者等に対し、厚生労働省令で定めるところにより、労働安全衛生法その他の法令に基づき当該事業者等が保存している当該加入者に係る健康診断に関する記録の写しその他これに準ずるものとして厚生労働省令で定めるものを提供するよう求めることができる。

第27条第4項

前三項の規定により、特定健康診査若しくは特定保健指導に関する記録、第二百五条第一項に規定する健康診査若しくは保健指導に関する記録又は労働安全衛生法その他の法令に基づき保存している健康診断に関する記録の写しの提供を求められた他の保険者、後期高齢者医療広域連合又は事業者等は、厚生労働省令で定めるところにより、当該記録の写しを提供しなければならない。