

質問票

被保険者証記号 _____ 番号 _____

氏名 _____

以下の質問項目にチェック ☒ 等を付けてご回答ください。 (健診結果票に下記項目が記載されている場合、この質問票は記入不要です)	
既往歴	☐ なし
	☐ あり → ()
自覚症状	☐ なし
	☐ あり → ()
他覚症状	☐ なし
	☐ あり → ()
服薬歴	☐ なし
	☐ 血圧を下げる薬
	☐ 血糖値を下げる薬
	☐ コレステロール又は中性脂肪を下げる薬 (血中脂質)
喫煙歴	☐ 現在吸っていない
	☐ 以前は吸っていたが最近 1 ヶ月間は吸っていない
	☐ 習慣的に吸っている ※
腹囲	c m (健診結果票に記載がない場合は測定記入ください)

※「習慣的に吸っている」とは、「合計 100 本以上または 6 ヶ月以上吸っている者」であり、最近 1 ヶ月間も吸っている方のみとなります。

お願い：上記項目に記入漏れがあると、提供いただいた健診結果を登録できない場合があります。ご提出前に記入漏れがないかを再度ご確認ください。

【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、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。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》

全国健康保険協会秋田支部（加入者）の 75 歳未満のデータであること。

- ・健康保険証の記号番号 ・氏名（カナ） ・生年月日 ・性別
- ・身長 ・体重 ・BMI ・腹囲 ・血圧
- ・健診機関名 ・健診受診日 ・医師の診断（判定） ・健診を実施した医師の氏名
- ・空腹時中性脂肪^{※1} ・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^{※2}） ・空腹時血糖、または随時血糖^{※3}、またはヘモグロビン A1c
- ・AST（GOT） ・ALT（GPT） ・γ-GT（γ-GTP）
- ・尿糖 ・尿蛋白
- ・服薬歴（血圧、血糖、脂質） ・喫煙歴 ・既往歴 ・自覚症状 ・他覚症状

※1 但し、空腹時中性脂肪が測定できない場合は随時中性脂肪でも可

※2 但し、中性脂肪 400 mg/dl 以上や食後採血の場合

※3 但し、食後 3.5 時間以上経過後に採血したもの

【ご参考】「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和 57 年法律第 80 号）

第二十七条

2 保険者は、加入者を使用している事業者等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かか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る。

3 前二項の規定により、特定健康診査もしくは特定保健指導に関する記録又は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。

「健康保険法」

第百五十条

2 保険者は、前項の規定により被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うに当たって必要があると認めるときは、被保険者等を使用している事業者等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、同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被保険者等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ところのものを提供するよう求めることができる。

3 前項の規定により、労働安全衛生法その他の法令に基づき保存している被保険者等に係る健康診断に関する記録の写しの提供を求められた事業者等は、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。