

※健診結果の問診欄に以下の質問事項の記載がない場合は、この質問票を記入の上、添付願います。

質問票

記入例

恐れ入りますが人数分コピーをお願いいたします。

事業所名称	株式会社 ○○○○	
健康保険	記号	番号
	1 2 3 4 5 6 7	1
フリガナ	ケンボ タロウ	
氏名	健保 太郎	

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☑をつけてください。「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	【高血圧】 血圧を下げる薬を飲んでいますか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい
	【糖尿病】 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？	<input type="checkbox"/> はい
	【脂質異常症】 コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい
喫煙歴	現在、たばこを習慣的に吸っていますか？ ※注1 (加熱式たばこ・電子タバコを含む)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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 ()	<input type="checkbox"/> はい
自覚症状	本人が自覚する症状はありますか？ ※「はい」の場合は病名等 (高血圧)	<input checked="" type="checkbox"/> はい
他覚症状	医師から言われた症状はありますか？ ※「はい」の場合は病名等 ()	<input type="checkbox"/> はい
採血時間	どちらかに☑を入れてください ※チェックがない場合は、食後3.5時間未満とみなされます。	<input type="checkbox"/> 食後10時間以上 (空腹時) <input type="checkbox"/> 食後3.5時間～ 食後10時間未満
腹囲	腹囲を記入してください	80 cm
健診受診機関名	健診受診機関名を記入してください	○○病院
医師の氏名	医師の氏名を記入してください ※ご不明な場合、「不明」とご記入ください	○○ ○○

※注1 「現在たばこを習慣的に吸っている」とは、【条件1】と【条件2】を両方満たす場合です。

【条件1】最近1か月間吸っている

【条件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

ご協力ありがとうございました

【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ありません。

【健診受診者（従業員）様へ】

この質問票は、高齢者の医療の確保に関する法律で実施を義務づけられている項目で、定期健診結果に記載されていない項目を補完するためのものです。ご協力をよろしくお願いいたします。

«ご提供をお願いする健診結果の項目等»

**ご提出いただく健診結果について、次の項目が揃っていない場合はお取り扱いできかねます。
ご提出前にご確認くださいませようお願いいたします。**

身長、体重、BMI、腹囲、血圧、空腹時中性脂肪（注1）、HDLコレステロール、LDLコレステロール（注2）、空腹時血糖又はHbA1c（NGSP値）（注3）、肝機能（AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP））、尿検査（尿糖、尿たんぱく）

保険者番号、記号・番号、枝番（被扶養者番号）、氏名（カナ）、住所、生年月日、性別、健診機関名、健診受診日の基本データ並びに服薬歴、喫煙歴、メタボリックシンドローム判定、医師の診断（判定）、医師名、既往歴及び自覚症状・他覚症状の有無

（注1）脂質検査において、健診実施前に食事を摂取している等により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。

（注2）空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLコレステロールの代わりにnon-HDLコレステロールでも可。

（注3）やむを得ず空腹時血糖以外においてHbA1c（NGSP値）を測定しない場合は、食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除き随時血糖でも可。