

健診結果提出同意書

全国健康保険協会宮城支部 あて

私が受診した健診結果を下記の事項に同意したうえで提出します。

- (1) 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宮城支部に提供すること
- (2) 受診者自身の今後の健診・治療及び保健師等による保健指導（特定保健指導を含む）・健康相談を受けるとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究を実施する場合に限り使用すること

健康保険の 記号・番号	記号		番号	
フリガナ 受診者の氏名		受診者の 生年月日	(西暦) 年 月 日	
受診者の 住所	〒			
受診者の 電話番号	() ※可能な限り、日中ご連絡のとれる電話番号を記入してください。			

●以下は、お持ちの健診結果に下記項目が記載されていない場合のみご記入ください。

問診項目の確認(※該当項目に☑を記入してください)				
	現在、a から c の薬の使用の有無(医師の指示の下で)			
1	a. 血圧を下げる薬	☐	はい	☐ いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	☐	はい	☐ いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	☐	はい	☐ いいえ
4	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、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	☐	はい（条件1と条件2を両方該当） ☐ 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ該当） ☐ いいえ（上記以外）	
5	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。	☐	はい	☐ いいえ
6	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。	☐	はい	☐ いいえ
7	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（人工透析等）を受けていますか。	☐	はい	☐ いいえ
8	医師から、貧血といわれたことがある。	☐	はい	☐ いいえ
9	自覚症状はありますか。	☐	はい ()	☐ いいえ
10	他覚症状はありますか。	☐	はい ()	☐ いいえ
11	腹囲			cm