

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ない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



保険証の 記号・番号	記号	番号	
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（該当する箇所には☑をいれ、必要に応じて記入してください）	
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
服薬歴	<input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬
	<input type="checkbox"/> コレステロール又は中性脂肪を下げる薬
	<input type="checkbox"/> 血糖を下げる薬
	<input type="checkbox"/> 上記、服薬はなし
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 現在吸っていない <input type="checkbox"/> 習慣的に吸っている
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
他覚的所見	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
腹囲	cm