

質問票

署名欄	
事業所名称	
健康保険の	記号
	番号
フリガナ	
氏名 (署名)	※自署の場合は、押印不要

以下の質問事項にご回答ください。

- ・当てはまる場合にのみ、「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 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 type="checkbox"/> はい
喫煙歴	現在、たばこを習慣的に吸っていますか？ (加熱式たばこ・電子たばこを含む) ※習慣的な喫煙とは、月に100本以上または6か月以上喫煙しており、 健診の直近1か月も吸っている状態。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、直近一か月は吸っていない
腹囲	腹囲を記入してください。	cm
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」の場合はその症状()	<input 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」の場合はその症状()	<input type="checkbox"/> はい
採血時間	どちらかに☑を入れてください。 ※食後3.5時間未満の場合は☑不要です。	<input type="checkbox"/> 食後10時間以上 <input type="checkbox"/> 食後3.5時間～ 食後10時間未満
健診実施機関名	健診実施機関名を記入してください。	
医師の氏名	医師の氏名を記入してください ※ご不明な場合は、「不明」とご記入ください。	

質問票は以上です。ご協力ありがとうございました。

【定期健診結果(事業者健診)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)は事業者に対して健診結果の写しを提供するよう求めることができ、また提供するよう求められた事業者等は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。

したがって、事業主様が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。

●事業主様へ

- ・健診を受診された本人(従業員)様に本紙表面「質問票」への記入をご依頼ください。

●健診受診者(従業員)様へ

- ・本紙表面の「質問票」記入及び署名をお願いいたします。
- ・特定健診以外の健診項目については、当協会において登録はいたしません。
- ・提供いただいた健診結果の写しは特定健診項目の結果登録後、速やかに破棄いたします。

●提供後のメリット

- ・健康サポート(特定保健指導)を無料で利用できるようになります。
- ・健康保険料率上昇の抑制につながります。

【提供依頼項目(特定健診)】

基本情報	記号	血 中 脂 質	LDLコレステロール	1つ記入 があれば OK	
	番号		HDLコレステロール		
	氏名(カナ)		空腹時中性脂肪(※)		
	生年月日		尿 検 査		糖
	性別				蛋白
診察等	健診実施年月日	血 糖 検 査	空腹時血糖		
	既往歴		随時血糖		
	自覚症状		HbA1c		
	他覚症状	医師の判断(判定)・意見			
	身長	健診実施医療機関名・医師名			
	体重	メタボ判定			
	BMI	問 診 項 目	服薬1(血压)		
	腹囲		服薬2(血糖)		
服薬3(脂質)					
血压	血压(上-下)	喫煙			
採血時間	食後10時間以上	(※)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			
	食後3.5時間以上10時間未満				
肝機能検査	GOT				
	GPT				
	γ-GTP				