

健診結果提出同意書兼質問票

南国市長あて

私が受診した健康診査の結果について、下記の事項に同意した上で市に提供します。

- (1) 国民健康保険特定健康診査の実施に代えること
(今年度中は、特定健康診査や国民健康保険の人間ドック費用助成は受けられません)
- (2) 保健指導や健診結果データの集約・分析等、国民健康保険に関する事業に活用すること
- (3) 提供した健診結果が、特定健康診査相当の検査項目に満たない場合は、粗品の贈呈を受けられないこと

記 入 日	年 月 日
氏 名	
住 所	南国市
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
電 話 番 号	
健 診 受 診 日	年 月 日
受 診 機 関 名	

該当する回答に○をつけてください

質問事項	回答
血圧を下げる薬を服用していますか？	はい ・ いいえ
血糖を下げる薬を服用していますか？	はい ・ いいえ
コレステロールを下げる薬を服用していますか？	はい ・ いいえ
現在、たばこを習慣的に吸っていますか？ (※「現在、たばこを習慣的に吸っている」とは、条件1と2を両方満たすことを指します。 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 ・ いいえ
今回の健診結果で特定保健指導(動機付け支援・積極的支援)の対象となられた場合、特定保健指導を希望されますか？	はい ・ いいえ