

健診結果の提供に伴う質問票

令和 年 月 日

氏名		事業所名称				
		健康保険 被保険者等の	記号		番号	
		生年月日	昭和 年 月 日生	性別	男・女	

次の質問にお答えください。（「有・無」又は「はい・いいえ」のどちらかに必ず○印をお付けください。）

質問内容	1	血圧を下げる薬を服用されていますか。	はい・いいえ
	2	血糖を下げる薬の服用又はインスリン注射をされていますか。	はい・いいえ
	3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用されていますか。	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」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 ケ月間吸っている。 条件 2：生涯で6ケ月間以上吸っている。又は合計 1 0 0 本以上吸っている。 ①はい（条件 1 と条件 2 を両方満たす） ②以前は吸っていたが、最近 1 ケ月間は吸っていない（条件 2 のみ満たす） ③いいえ（①②以外）	はい・いいえ

この質問票に健診結果（写し）（原則として労働安全衛生法の定期健診の検査項目を満たしている内容）を添えて会社ご担当者様を通じて当健保までご提供をお願いします。
ご提供いただきました健診結果は個人情報保護法により適切に管理してまいります。

名古屋薬業健康保険組合