

事業所健診の結果提供に係る必須問診票

下記の質問は事業所健診の結果提供における必須問診項目になります。すべての質問にご回答のうえ、署名をお願いいたします。なお、事業所健診の結果票に下記の項目がすべて記載されている場合のみ、本票は提出不要になります。

下記の質問に回答してください。

1. 血圧を下げる薬を服用していますか	1. はい	2. いいえ		
2. インスリン注射または血糖を下げる薬を服用していますか	1. はい	2. いいえ		
3. コレステロールを下げる薬を服用していますか	1. はい	2. いいえ		
4. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか ※「現在、習慣的に吸っている」とは、①最近1カ月間吸っている②生涯で6カ月間以上吸っている又は合計100本以上吸っている、を両方満たすこと。	1.はい	2.最近1カ月間は吸っていない	3.いいえ	
5. 今までにかかった病気はありますか（既往歴）	1. はい	2. いいえ		
【今までにかかった病気（既往歴）について「1. はい」の場合、当てはまるものに○印をつけてください。】				
1. 高血圧	2. 糖尿病	3. 高脂血症	4. 狭心症	5. 心筋梗塞
6. 脳梗塞	7. 痛風	8. 貧血	9. 肝臓病	10. 腎臓病
11. 胃潰瘍	12. ぜん息	13. その他（	）	
6. 病気と思われる症状はありますか（自覚症状）	1. はい（	）	2. いいえ	
7. 医師から指摘された症状はありますか	1. はい（	）	2. いいえ	

年 月 日

所属事業所名

資格確認書または

資格情報のお知らせ（記号）91-（番号）

受診者氏名（署名）

【個人情報の取扱いについて】

上記問診票に記載した個人情報は、東京土建国民健康保険組合の被保険者の生活や健康状態の調査及び改善等の取り組みに活用されます。また、被保険者の健康増進の取り組み、職業病対策・労災認定促進等を目的とする場合に限り保健指導機関・支部・研究機関等に、特定保健指導対象者の情報は保健対策推進委員に提供します。上記の個人情報の取扱いにご同意いただける場合は、受診者氏名欄にご署名ください。ご同意いただけない場合は、事業所健診の補助対象とはなりません。

* 事業主さまへ *

本票は受診者ご本人さまに記入していただくよう、ご協力をお願いいたします。