

# 特定健診問診票 兼 同意書

下記についてご記入ください ※全ての項目に記入がない場合は補助金支給対象外となります。

被保険者等 記号・番号	被保険者氏名	被扶養者氏名	生年月日	健診年月日
-			年 月 日	年 月 日

健診 機関名	医師名	既往歴	(過去にかかった病気)	自覚 症状

	質問項目	回答
1	a. 血圧を下げる薬を飲んで 있습니까	1. はい 2. いいえ
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んで 있습니까	1. はい 2. いいえ
3	c. コレステロールを下げる薬を飲んで 있습니까	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	1. はい(条件1と2を両方満たす) 2. 以前は吸っていたが、 最近1ヶ月は吸っていない (条件2のみ満たす)
	※「現在、習慣的に喫煙している者」とは条件1と条件2を両方を満たす物である	
	条件1：最近1ヶ月間吸っている	
	条件2：生涯で6ヶ月以上吸っている、または100本以上吸っている	3. いいえ

## 同意書 (必ず受診された本人が署名してください)

提出された結果は、あなたの健康づくりに役立てるほか、平成19年厚生労働省令第140号第44条第2項の規定に基づき国に対し特定健康診査等の実施状況について報告します。

この件について同意のうえ、下記にボールペンで署名をお願いいたします。

令和 年 月 日 氏名