

## 健康診査結果情報提供同意書

私は、久留米市国民健康保険が実施する特定健康診査の受診率の向上を目的に、私が所属する事業所等で受診した健康診査の結果を久留米市に提供することに同意します。

久留米市長 殿

年 月 日

ご住所

お名前

(お電話： - - )

恐れ入りますが、下記の問診票にもご記入をお願いいたします。

### 問診票

現在、aからcの薬を飲まれていますか。		
a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
c. コレステロールを下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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、これまでに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っており、かつ最近1ヶ月間も吸っている状態をいいます）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
電話による特定健診や保健指導などのご案内を市から行うことに同意いただけない方は、チェックしてください。 <input type="checkbox"/> 同意しません		

ご協力ありがとうございました。