

特定健康診査に伴う日常生活に関する質問票兼受診結果提供についての同意書
(人間ドック等受診料助成用)

該当する番号に○印を付けてください。

| | | | |
|-------------|--|-------|--------|
| 服薬について | 血圧を下げる薬を服用していますか。 (高血圧症の治療に係る薬剤を服用していますか。) | 1. はい | 2. いいえ |
| | インスリン注射又は血糖値を下げる薬を服用していますか。 (糖尿病の治療に係る薬剤を服用していますか。) | 1. はい | 2. いいえ |
| | コレステロールを下げる薬を服用していますか。(脂質異常症の治療に係る薬剤を服用していますか。) | 1. はい | 2. いいえ |
| 診察・既往歴等について | 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。 | 1. はい | 2. 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。 | 1. はい | 2. いいえ |
| | 医師から、慢性腎臓病や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。 | 1. はい | 2. いいえ |
| | 医師から、貧血といわれたことがありますか。 | 1. はい | 2. いいえ |
| 喫煙について | 現在、タバコを習慣的に吸っていますか。 | 1. はい | 2. いいえ |
| 保健指導について | 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。 | 1. はい | 2. いいえ |

年 月 日記入

受診結果及びこの質問票の情報を東大和市の保健事業に使用することに同意します。
東大和市が、受診結果を確認するため医療機関に照会を行い、照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

氏名 _____ (印)

※人間ドック等を受診された本人が、記入をしてください。
※受診者本人の署名でない場合は、記名押印をしてください。

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受付印

