

# 健診結果送付書（質問票）

下記太枠内にもれなくご記入ください

年 月 日 提出

保険証	記号	番号	受診者名	(7桁)
	生年月日	昭和 年 月 日		性別
住所・電話番号	〒 -			【日中のご連絡先】 - -

内容確認のためにご連絡をさせていただく場合があります。

健診受診日	年 月 日	健診機関名	
健診時 食後時間	<input type="checkbox"/> 健康診断は食後3.5時間未満で受診した <input type="checkbox"/> 健康診断は食後3.5時間以上10時間未満で受診した <input type="checkbox"/> 健康診断は食後10時間以上経過後に受診した		
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
他覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		

質問項目	回答
1. 血圧を下げる薬を飲んでますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2. 血糖を下げる薬を飲んでますか 又は インスリン注射を使用されてますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3. コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4. 現在、煙草を習慣的に吸ってますか ※「現在、習慣的に吸っている」とは、条件1と条件2を両方満たす者 条件1：最近1ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月間以上吸っている、または合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> はい (条件1, 2両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない (条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ (条件1, 2共に満たさない)

- 健診結果の写しと併せてご提出ください。
- 健診結果や本質問票に漏れがある場合、『MY HEALTH WEBポイント』を付与できないことがあります。
- 『MY HEALTH WEBポイント』は、原則、結果受領月の1～3ヶ月後以内に付与いたします。

ご協力いただきありがとうございました。

健保受領印

--