

40歳～74歳の狭山市国民健康保険加入の方で、健康診査結果の提供にご協力いただける方は、同意書にご署名をお願いいたします。

健診結果の情報提供同意書

私は、狭山市国民健康保健の保健事業の計画や特定健康診査の受診率の向上を目的に、私が受診した健康診査の結果を狭山市に提供することに同意します。

(宛 先) 狭山市長

令和 年 月 日

ご住所： _____

お名前： _____

生年月日： 昭和 年 月 日

電話番号（ご自宅又は携帯電話）： _____ - _____

健診実施日： 令和 年 月 日

1. 裏面の質問票にお答えください。
2. 健診結果表のコピーを添付の上、狭山市保険年金課へご提出ください。

★健康診断の結果は、今後の市の保健事業等（①特定保健指導の実施、②加入者のための保健事業計画、③市の統計資料、④国および県の実施結果報告等）に活用させていただきます。

なお、提供いただいた健診結果は、特定健診結果としてデータ化され、狭山市個人情報保護条例に基づいて厳重に管理されます。

★特定保健指導の対象となった方には、保健センターより連絡させていただきます。

1 質問票

健診を実施されたときの状況についてご記入ください。	(既往歴) 今までにかかった病気はありますか。	はい (具体的に⇒	いいえ
	(自覚症状) 特に気になる症状はありますか。	はい (具体的に⇒	いいえ
	(他覚症状) 医師から健診時に指摘された症状はありますか。	はい (具体的に⇒	いいえ
該当する答えを○で囲んでください。	血圧を下げる薬を飲んでいますか。	はい	いいえ
	インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいますか。	はい	いいえ
	コレステロールを下げる薬を飲んでいますか。	はい	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)	はい	いいえ

2 健診結果表のコピーを添付するか、下記に転記してご提出ください。

○は記入必須項目 ●はいずれかを実施すれば可

項目		結果	項目	結果
身体測定	○ 身長	cm	肝機能	○ AST (GOT) mg/dl
	○ 体重	kg		○ ALT (GPT) mg/dl
	○ BMI			○ γ-GT (γ-GTP) mg/dl
	○ 腹囲	cm	血糖	● 空腹時血糖 mg/dl
血圧	○ 収縮期血圧 (最高血圧)	mmHg		● ヘモグロビンA1c %
	○ 拡張期血圧 (最低血圧)	mmHg	尿検査	○ 尿糖 - ± + 2+ 3+
			○ 尿蛋白 - ± + 2+ 3+	
		医師名		
血中脂質	○ 中性脂肪 (TG)	mg/dl	医師の判定 (あてはまるものに○をつけてください)	
	○ HDLコレステロール	mg/dl	異常なし・治療中・経過観察・要治療・要精検	
	○ LDLコレステロール	mg/dl	その他 ()	

ご協力ありがとうございました。

40歳～74歳の狭山市国民健康保険加入の方で、健康診査結果の提供にご協力いただける方は、同意書にご署名をお願いいたします。

(記入例) 健診結果の情報提供同意書

私は、狭山市国民健康保健の保健事業の計画や特定健康診査の受診率の向上を目的に、私が受診した健康診査の結果を狭山市に提供することに同意します。

(宛先) 狭山市長

令和 年 月 日

ご住所: **狭山市入間川1-23-5**

お名前: **狭山 太郎**

生年月日: **昭和 30** 年 **7** 月 **1** 日

電話番号(ご自宅又は携帯電話): **04-2953-1111**

健診実施日: **令和 4** 年 **7** 月 **20** 日

1. 裏面の質問票にお答えください。
2. 健診結果表のコピーを添付の上、狭山市保険年金課へご提出ください。

★健康診断の結果は、今後の市の保健事業等(①特定保健指導の実施、②加入者のための保健事業計画、③市の統計資料、④国および県の実施結果報告等)に活用させていただきます。

なお、提供いただいた健診結果は、特定健診結果としてデータ化され、狭山市個人情報保護条例に基づいて厳重に管理されます。

★特定保健指導の対象となった方には、保健センターより連絡させていただきます。

1 質問票

健診を実施されたときの状況についてご記入ください。	(既往歴) 今までにかかった病気はありますか。	はい (具体的に⇒)	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	(自覚症状) 特に気になる症状はありますか。	はい (具体的に⇒)	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	(他覚症状) 医師から健診時に指摘された症状はありますか。	はい (具体的に⇒)	<input checked="" type="radio"/> いいえ
該当する答えを○で囲んでください。	血圧を下げる薬を飲んでいますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
	コレステロールを下げる薬を飲んでいますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> 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)	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ

2 健診結果表のコピーを添付するか、下記に転記してご提出ください。

○は記入必須項目 ●はいずれかを実施すれば可

項目		結果	項目		結果
身体測定	<input type="radio"/> 身長	165 cm	肝機能	<input type="radio"/> AST (GOT)	28 mg/dl
	<input type="radio"/> 体重	65 kg		<input type="radio"/> ALT (GPT)	28 mg/dl
	<input type="radio"/> BMI	23.8		<input type="radio"/> γ-GT (γ-GTP)	48 mg/dl
	<input type="radio"/> 腹囲	83 cm	血糖	● 空腹時血糖	98 mg/dl
血圧	<input type="radio"/> 収縮期血圧 (最高血圧)	128 mmHg	● ヘモグロビンA1c	5.3 %	
	<input type="radio"/> 拡張期血圧 (最低血圧)	83 mmHg	尿検査	<input type="radio"/> 尿糖	<input checked="" type="radio"/> - <input type="radio"/> ± <input type="radio"/> + <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 3+
			<input type="radio"/> 尿蛋白	<input checked="" type="radio"/> - <input type="radio"/> ± <input type="radio"/> + <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 3+	
			医師名	狭山 花子	
血中脂質	<input type="radio"/> 中性脂肪(TG)	148 mg/dl	医師の判定 (あてはまるものに○をつけてください)		
	<input type="radio"/> HDLコレステロール	42 mg/dl	<input checked="" type="radio"/> 異常なし・治療中・経過観察・要治療・要精検		
	<input type="radio"/> LDLコレステロール	110 mg/dl	その他 ()		

ご協力ありがとうございました。