

特定健康診査情報提供同意書及び質問票

* 太枠の中をご記入ください

私の健診結果を市の特定保健指導、その他の保健事業に活用することに同意します。		年	月	日
ふりがな				
氏 名				
住 所	(〒 —)	生年月日	年	月 日
		電話番号		

No	質問項目	選択肢	回答欄
1	現在、次の薬を服用していますか。		
	a 血圧を下げる薬を服用していますか？	①はい ②いいえ	
	b インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい ②いいえ	
	c コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ	
2	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者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。) 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月以上吸っている、または100本以上吸っている	①はい ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない ③いいえ(①②以外)	
3	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか？	①はい ②いいえ	

* ご提供いただいた個人情報は、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）その他の法律等に基づいて適正に管理し、皆様の健康の維持増進のために健康づくり課や保険課が実施する保健事業（特定保健指導、健康相談等）に利用します。