健診結果提供同意書

佐野市長あて

令和　　年　　月　　日

健診結果について下記の事項に同意し、提供します。

・国民健康保険特定健康診査を実施したとみなすこと

・国民健康保険保健事業に健診結果を活用すること

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | 佐野市 |
| 電話番号 |  |

質問項目のあてはまる項目に〇をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 血圧を下げる薬を服用している | ①はい　　②いいえ |
| インスリン注射または血糖を下げる薬を服用している | ①はい　　②いいえ |
| コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用している | ①はい　　②いいえ |
| 現在、たばこを習慣的に吸っている | ①はい　　②いいえ |
| 既往歴 | ①なし　　②あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 自覚症状 | ①なし　　②あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 他覚症状 | ①なし　　②あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

以上となります。ご協力ありがとうございました。