

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 平成年 月 日
住所	佐野市
電話番号	

質問項目のあてはまる項目に○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。