

# 健診結果提供申請書および問診票

〔 40歳以上の被扶養者および任意継続被保険者で、  
パート勤務先やお住まいの自治体の健診を独自で受診した方用 〕

※太枠内の記入をお願いします

提出日： 年 月 日

被保険者等	記号	番号	受診者氏名	フリガナ
生年月日	昭和	年 月 日	日中の連絡先	
受診者の住所 (QUOカード送付先)	〒			

健診受診日	令和	年 月 日	医師名	
健診機関名 (申し込みした所)				
上記健診機関 所在地				

問 診 票	現在の服薬歴	血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
		インスリン注射又は血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
		コレステロールを下げる薬	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	喫煙歴	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「習慣的に吸っている」とは条件1と 条件2を両方満たしていることです。 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、又は合計 100本以上吸っている。	<input type="checkbox"/> ①はい(条件1、2両 方を満たす)	
			<input type="checkbox"/> ②以前は吸っていた が、最近1か月間 は吸っていない	
<input type="checkbox"/> ③いいえ				
既往歴				
自覚症状	最近、気になる症状はありますか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	「有」と回答した方はご記入ください。			

尿検査未実施の理由	(尿検査を受けなかった場合ご記入ください)
-----------	-----------------------

にチェックマークを入れてください。

◆本申請書と、健診結果全ページの写しを一緒に  
ご提出ください。

申請書受付日 (組合記入欄)	
-------------------	--