

健診結果提供に関する同意書

桑名市長 様

私が受診した健診結果を、下記の事項に同意したうえで提供します。

- (1) 国民健康保険特定健康診査の実施に代えること。
- (2) 必要時、健診結果について健診機関へ問い合わせること。
- (3) 特定保健指導の対象となった場合に連絡(書面の通知を含む)が行く場合があること。
- (4) 健診結果データの集約・分析に使用されること。
- (5) 必要な健診結果項目が不足している場合、特定健康診査を受診したとみなされないため、クオカード進呈の対象とならないこと。

記入日	令和 年 月 日
住所	(〒 —) 桑名市
氏名	
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)
電話番号	(日中連絡のとれる電話番号を記入してください) — —
桑名市国民健康保険 被保険者番号	

【添付書類】

1. 健康診断の結果の写し

※ 特定健診の結果として次の項目が全て必要です。記載されているか確認してください。

- ① 基本情報： 健診年月日 健診機関名 健診医師名
- ② 身体計測： 身長 体重 腹囲
- ③ 血圧測定： 最高血圧 最低血圧
- ④ 血液検査
 - ・脂質代謝： 空腹時中性脂肪 (または随時中性脂肪)
 HDLコレステロール LDLコレステロール
 - ・肝機能： AST (GOT) ALT (GPT) γ -GT (γ -GTP)
 - ・血糖 (いずれか1項目以上)
 空腹時血糖 随時血糖 HbA1c
- ⑤ 尿検査： 尿糖 尿蛋白
- ⑥ 健診結果： 医師の所見 (判定) メタボリックシンドローム判定 (ある方のみ)

2. 質問票 (健診結果提供用)

3. 健診結果提供用に関する同意書

4. 令和6年度特定健康診査受診券 (お手元にある方のみ)

処理欄	資格確認	健診日確認	健診項目確認	質問表記入	本人確認

受 付 印

郵送 窓口