【様式 1】

職場健診結果等情報提供書

【情報提供を満たす条件】

・①～③の項目全てご記入ください。
・<u>令和５年４月１日以降に受けた健診結果のコピーを必ず同封してください。</u>
※保険診療で受けた血液検査結果は情報提供の対象になりません。

① 健診項目（健診結果に記載のある項目に☑してください。）

健診情報	□ 健診日	血液検査	脂質	□ 中性脂肪
	□ 健診医療機関名			□ HDL コレステロール
	□ 健診担当医師名		肝機能	□ AST（GOT）
身体計測	□ 身長			□ ALT（GPT）
	□ 体重			□ γ-GT（γ-GTP）
	□ 腹囲		血糖	□ （空腹時・随時）血糖
	□ 収縮期血圧（最高血圧）	診察情報	医師診察	□ 既往歴
	□ 拡張期血圧（最低血圧）			□ 自覚症状
尿検査	□ 尿蛋白			□ 他覚症状
	□ 尿糖			
採血時間	いずれか１つに☑ください。 □空腹時（食後 10 時間以上） □食後 3.5 時間～10 時間 □食後 3.5 時間未満			

①の項目全てに☑がつかない場合は情報提供の対象となりませんので、本紙（健診結果等情報提供書）や健診結果のコピーは返送不要です。

①の項目全てに☑がついた方は②、③へお進みください。

② 問診項目

No	質問項目	回答（いずれかに○を付けてください）
1	現在、血圧を下げる薬を飲んでいますか。	1 はい　2 いいえ
2	現在、インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいますか。	1 はい　2 いいえ
3	現在、コレステロールを下げる薬を飲んでいますか。	1 はい　2 いいえ
4	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （「習慣的」にとは、６か月以上吸っており、最近１か月間も吸っていること。）	1 はい　2 いいえ

③ 受診者情報

氏　名	生　年　月　日	年齢	性別
フリガナ 	昭和　年　月　日		男 ・ 女
日中連絡の取れる電話番号	（　　）　　－		

※不明な項目がある場合には、ご連絡をさせていただくことがあります。

～ご協力ありがとうございました～