

健診結果提供書

私は、千葉市に検診結果を提供し、その結果をもって千葉市特定健診の受診とみなすことに同意します。

申請前に、下記チェック項目を確認してください。

チェックがつかない項目がある場合、この事業の対象とはなりません。

- 提出する結果は、千葉市特定健診・千葉市一日人間ドック・保険診療（マイナ保険証等を提示して実施した検査結果）**ではない**。
- 提供する結果に**必要項目のすべてが記載**されている。
- 「**医師の判定**」の記載もある。（不足することが多い項目ですので、一度ご確認ください。）

受診券シールが手元にありますか？

ある

ない

下の欄に受診券シール1枚を張り付けてください。

令和 年度 特定健康診査
00
健診受診記録票・問診票添付用

下に必要事項を記入してください。

フリガナ	
氏名	
住所	(〒 -)
生年月日	昭和 年 月 日

下記項目を記入し、健診結果の写しとともに千葉市健康支援課へ郵送または持参してください。

記入日	令和 年 月 日
電話番号	日中連絡が取れる電話番号を記入してください。
健診実施日	令和 年 月 日
健診実施医療機関	
健診の種別	<input type="checkbox"/> 職場健診 <input type="checkbox"/> 自費による人間ドック <input type="checkbox"/> ()
希望の謝礼	健診結果を提供いただいた方には、謝礼を用意しています。どちらかを選択してください。 ※謝礼の発送には1か月程度お時間をいただきます。 <input type="checkbox"/> クオカード（500円） <input type="checkbox"/> 必要なし
アンケート	このリーフレットはどこでもらいましたか？ ()

問診票

服薬	現在、aからcの薬を医師からの処方で使用していますか。	
	a：血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	b：血糖を下げる薬またはインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	c：コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
喫煙	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。（加熱式たばこや電子タバコを含む）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		<input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない

健診の結果、特定保健指導（健康サポート）の対象となった場合、生活習慣病の改善に関する保健指導を希望しますか。

はい いいえ

※希望された場合、千葉市の委託先よりご連絡させていただきます。

※提供いただいた情報は、保健事業や健診データの集約・分析以外の目的では使用いたしません。

※健診の結果、保健指導や健康に関する講演会当の案内をさせていただくことがあります。