

【 同封書類 B 】

以下の必要事項にご記入の上、健康診断結果票（コピー）と一緒に送ってください。

| | | | |
|----------|-------------------------|----------|--|
| 氏名（漢字） | | 氏名（カナ） | |
| 健康保険証の記号 | | 健康保険証の番号 | |
| 受診日 | | 電話番号 | |
| 受診先 | 1. 勤務先 2. 自治体 3. その他（ ） | | |

年度内に 40 歳以上の方は、以下の問診にもご回答をお願いいたします。

| | | |
|---|--|---|
| 1 | 現在、a から c の薬の服用状況につき、該当する箇所に○で囲んでください。 | |
| a | 血圧を下げる薬を飲んでますか | ①はい ②いいえ |
| b | インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでますか | ①はい ②いいえ |
| c | コレステロールを下げる薬を飲んでますか | ①はい ②いいえ |
| 2 | <p>現在、たばこを習慣的に吸っていますか</p> <p>※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件 1 と条件 2 を両方満たす者である。</p> <p>条件 1：最近 1 か月間吸っている</p> <p>条件 2：生涯で 6 か月間以上吸っている、又は合計 100 本以上吸っている</p> | <p>①はい (条件 1、2 を両方満たす)</p> <p>②以前は吸っていたが、 最近 1 か月間は吸っていない (条件 2 のみ満たす)</p> <p>③いいえ (①, ②以外)</p> |

※個人情報保護法に基づき第三者への漏洩なきよう厳重に管理いたします。