

OTG健康保険組合 被扶養者 健診結果提出申出書兼同意書

※太枠内をご記入ください

			提出日	20 年 月 日
被保険者証	記号		番号	
フリガナ			性別	男 ・ 女
受診者氏名			被保険者との続柄	
生年月日	19 年 月 日			
住所	〒 -			
日中の連絡先	自宅		携帯	
受診日	20 年 月 日	受診した医療機関名		
医療機関住所	会場型(健診バス等)で受けた方はレ点→□(施設名等: )			
※健診結果に腹囲の記載がない方のみ 腹囲 自己測定 ( ) cm				
希望の金券	QUOカード ・ 図書カード ・ イオン商品券			

【個人情報の取り扱いについて】

皆様からご提出いただいた健診結果は、個人情報の保護に関する法律および当健康保険組合の個人情報保護方針（プライバシーポリシー）にそって慎重に取り扱いし、当健康保険組合の事業目的以外に利用しません。

OTG健康保険組合 個人情報保護相談窓口  
 電話 06-6345-2856 F A X 06-6341-1857  
 E-mail ost.kp@lily.ne.jp

下記の□欄にチェックしていただき、ご本人様のサインをお願いします。

なお、同意しない場合、今回の保健サービス事業は受けていただくことができません。あらかじめご了承ください。

個人情報の取り扱いについて 同意する 同意しない※同意しがたい事項がある場合、余白にご記入ください。

ご本人サイン

質問票 (健診受診日時点の状況でご回答ください)

	質問項目	回答 (該当する番号○)
1	現在、血圧を下げる薬を使用している	1. はい 2. いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している	1. はい 2. いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している	1. はい 2. いいえ
4	医師から、脳卒中 (脳出血、脳梗塞等) にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある	1. はい 2. いいえ
5	医師から、心臓病 (狭心症、心筋梗塞等) にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある	1. はい 2. いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療 (人工透析など) を受けている	1. はい 2. いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがある	1. はい 2. いいえ
8	現在たばこを習慣的に吸っている	1. はい 2. いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している	1. はい 2. いいえ
10	1回30分の軽く汗をかく運動を2回以上、1年以上実施している	1. はい 2. いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している	1. はい 2. いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	1. はい 2. いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか	1. 何でもかんで食べることができる 2. 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある 3. ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い	1. 速い 2. ふつう 3. 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ある	1. はい 2. いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある	1. はい 2. いいえ
18	お酒 (日本酒、焼酎、ビール、洋酒など) を飲む頻度	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど飲まない (飲めない)
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安: ビール500ml、焼酎(25度)110ml、 ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1. 1合未満 2. 1~2合未満 3. 2~3合未満 4. 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれている	1. はい 2. いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか	1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである (概ね6か月以内) 3. 近いうち (概ね1か月以内) に改善するつもりであり、少しずつ始めている 4. 既に改善に取り組んでいる (6か月未満) 5. 既に改善に取り組んでいる (6か月以上)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか	1. はい 2. いいえ