

特定健診「問診票」

下記太枠内をすべて記入し、健診結果のコピーと一緒に送付してください。
※裏面の個人情報取り扱いに同意し、結果のご提出をお願いします。また太枠内氏名のご記入をもって同意とさせていただきます。

保険証記号	保険証番号	氏名	フリガナ	生年月日
受診者住所※クオカード送付先			電話番号（日中の連絡先）	受診医療機関名
〒				

	質問事項	回答
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	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ますか。	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ますか。	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りますか。	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りますか。	1. はい 2. いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか。	1. はい 2. いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	1. はい 2. いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「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。 条件1：最近1ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	1. はい（条件1と条件2を両方満たす） 2. 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） 3. いいえ（1、2以外）
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分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	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	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に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）を飲む頻度はどのくらいですか。（※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	1. 毎日 2. 週5～6日 3. 週3～4日 4. 週1～2日 5. 月に1～3日未満 6. 月に1日未満 7. やめた 8. 飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合（180ml）の目安：ビール中瓶1本（約500ml）、焼酎35度（80ml）、ウイスキーダブル杯（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. 3～5合未満 5. 5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すか。	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ヵ月以内） 3. 近いうちに（概ね1ヵ月以内）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ヵ月未満） 5. 既に改善に取り組んでいる（6ヵ月以上）
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	1. はい 2. いいえ

【 健康診断(特定健診含む)・保健指導における個人情報の取扱いについて 】**[任 継] ・ [被 扶 養 者]****1. 名称及び個人情報保護管理責任者**

名称 : ボッシュ健康保険組合

個人情報保護管理責任者:事務長

住所 : 埼玉県東松山市箭弓町 2-5-5

2. 個人情報の利用目的

- 1)健康診断を実施するため。
- 2)健康診断の結果、メタボリックシンドローム対策として「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」などの特定保健指導を行うため。

3. 個人情報の第三者提供

当組合では、次の場合を除いて、健診を受診される方の情報を第三者に提供することはありません。

- ・健診を受診される方が同意されている場合
- ・法令に基づく場合
- ・人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- ・公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- ・国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることによって当該事務の遂行に支障を及ぼす恐れがあるとき

4. 個人情報の外部委託

取得した個人情報は、健康診断の実施及び保健指導を行うために「**ウィーメックス株式会社**」「**株式会社オクタウェル**」「健康保険組合連合会埼玉連合会」に委託し、個人情報の安全管理を適切に行えるよう委託先を管理します。

5. 健康診断(特定健診を含む)・保健指導を受診される方への連絡・確認・問い合わせ

取得した個人情報により、健康診断・保健指導に必要な場合、連絡・確認等させていただくことがあります。

6. 個人情報の開示等の要求及び問い合わせ先

個人情報について利用目的の通知・開示・訂正・追加・削除・利用停止・消去又は第三者への提供の停止を求めることが可能です。これらの要求については、下記の個人情報に関する問い合わせ窓口にご連絡ください。

7. 個人情報の任意性

個人情報を提供することは任意です。但し、この個人情報を提供されない場合は今後適切な健康管理及び保健指導の提供が行えない場合があります。

これらのお申し出は、同意いただいた後でも個別に撤回・変更等をすることが可能です。

本件に関する詳細内容の説明又は確認をご希望の方は、下記の問い合わせ窓口にお問い合わせください。

【お問い合わせ窓口】

ボッシュ健康保険組合 総務課

所在地 〒355-0028 埼玉県東松山市箭弓町 2-5-5

電話 0493-22-0890 Fax 0493-23-7466

電子メール bosch-kenpo@bosch-kenpo.or.jp