

同意書

杉戸町が実施する特定健康診査受診者数に計上するため、健診結果を杉戸町に提供することに同意します。

年 月 日

杉戸町長あて

受診者氏名

下記の質問について、該当するものに○をつけてください。

質問項目		回答
1	現在、次の薬を使用していますか。	
	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
2	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
3	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
4	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）を受けていますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、貧血といわれたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「習慣的に吸っている」とは条件 1 と条件 2 を両方満たす場合です。 条件 1：最近 1 か月間吸っている 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	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 か月間は吸っていない（条件 2 のみ満たす） ③いいえ（①②以外）
7	健診を受診したのは、食事から何時間後ですか。	①3.5 時間未満 ②3.5 時間以上 10 時間未満 ③10 時間以上 ④不明
8	人間ドック受診時に、腹囲を測っていますか。	①はい ②いいえ→腹囲（ ） cm

