（様式第１号）

愛媛県市町村職員共済組合
短期組合員等人間ドック利用助成
質問票　兼　同意書

所属所名　○○市　（○○市、○○町、○○事務組合　等）

フリガナ　キョウサイ　タロウ
氏　　名　共済　太郎　　組合員等記号・番号　○○○ - ○○○○○

質問項目（※該当に☑を付け、既往歴、自覚症状等がある場合は記入してください。）		
既往歴	☐ なし ☑ あり（　貧血：治療中　）	
	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	☐ はい ☑ いいえ
	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	☐ はい ☑ いいえ
	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析など)を受けたことがありますか。	☐ はい ☑ いいえ
服薬歴	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	☐ はい ☑ いいえ
	現在、インスリン注射または血糖を下げる薬を服用していますか。	☐ はい ☑ いいえ
	現在、コレステロールや中性脂防を下げる薬を服用していますか。	☑ はい ☐ いいえ
喫煙歴	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 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、または合計100本以上吸っている	☐ はい(条件1と2を両方満たす) ☐ 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) ☑ いいえ(どちらも満たさない)
自覚症状	☐ なし ☑ あり（　目の疲れ、頭痛　）	
他覚症状	☑ なし ☐ あり（　）	

私は、人間ドックの結果（労働安全衛生規則第４４条に定める定期健康診断及び高齢者の医療の確保に関する法律に定める特定健康診査の項目を含む）を愛媛県市町村職員共済組合に提供すること、また、所属所長の要請がある場合、労働安全衛生規則第４４条に定める定期健康診断の項目の結果を所属所長に提供することに同意します。

署　名　共済　太郎

～必ず裏面をご覧ください～