

「特定保健指導」実施に係わる同意・承諾書

N S D健康保険組合

過日実施しました特定健診の結果、「特定保健指導」が必要と判定されました。

「特定保健指導」はメタボリック症候群の改善を目的に、専門の指導者がきめ細かな指導、相談を行って生活習慣の行動変容をめざします。

この「特定保健指導」実施にあたっては、以下の項目について当健保が指導機関に情報提供し、また指導機関が「特定保健指導」に必要な情報を収集する必要があります。

つきましては、指導に参加される方は「同意・承諾書」(当用紙)の提出をお願いいたします。

【「特定保健指導」委託先】

主たる指導委託先 : 東京都予防医学協会

【当健保が指導機関に提出する個人情報】

「特定保健指導」が必要と判定された「定期健康診断結果」、「22項目問診結果」

【指導機関が収集するデータ】

- 1) 指導のための、事前アンケート、調査票
- 2) 通信支援のための、連絡先(住所、電話、FAX、メールアドレスなど)
- 3) 効果確認のための、検査(腹囲、体重、血圧、体脂肪率など)

※プライバシーは厳重に保護します。

※提供、収集した個人情報は目的以外には使用いたしません。

※当健保と東京都予防医学協会の間には、「個人情報保護に関する覚書」を締結済みです。

.....

N S D健康保険組合 殿

同意・承諾書

私は、「特定保健指導」を受けるにあたって、上記事項に同意・承諾します。

平成 年 月 日

所属 \_\_\_\_\_

〒

自宅住所 \_\_\_\_\_ (電話番号)

(ふりがな)

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟またはサイン