

## 問診項目質問票

下記の質問項目についてご回答のほどよろしくお願いたします。

健康保険被保険者証	記号	記号	フリガナ	
			氏名	

  

	質 問 項 目	回 答
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	① は い                      ② いいえ
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	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服用していますか。	① は い                      ② いいえ
4	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)
5	既往歴がありましたら右側にご記入ください。 (健診結果表に記載されている場合は記入不要)	
6	自覚症状がありましたら右側にご記入ください。 (健診結果表に記載されている場合は記入不要)	
7	他覚症状がありましたら右側にご記入ください。 (健診結果表に記載されている場合は記入不要)	
8	健診機関名 (健診結果表に記載されている場合は記入不要)	
9	担当医師名 (健診結果表に記載されている場合は記入不要)	

この質問票にご回答された内容は、健診結果と同様に第三者に漏洩しないように適切に管理いたします。