

質問票

下記の質問項目について、ご回答の程よろしくお願ひ申し上げます。

フリガナ

お名前 様

事業所名			
被保険者証 の記号		被保険者証 の番号	

問診項目の確認(※該当する箇所に☑を記入してください)

既往歴	過去に大きな病気や手術をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい (病名: _____) <input type="checkbox"/> いいえ
服薬歴	現在、血圧を下げる薬を飲んでいますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	現在、インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
喫煙歴	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、①と②を両方満たす者である。 ① : 最近1カ月間吸っている。 ② : 生涯で6カ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている。 <input type="checkbox"/> はい (①と②を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1カ月間は吸っていない (②のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ
自覚症状	本人が自覚する症状はありますか？ <input type="checkbox"/> はい (症状: _____) <input type="checkbox"/> いいえ
他覚症状	医師や他人から言われた症状はありますか？ <input type="checkbox"/> はい (症状: _____) <input type="checkbox"/> いいえ
腹囲	腹囲をご記入ください。(_____ cm)

<質問票は以上です。ご協力ありがとうございました。>