

※健診結果の問診欄に以下の質問事項の記載がない場合は、この質問票を記入の上、添付願います。

質問票

被保険者証の記号 (7桁か8桁の数字)		被保険者証の番号		受診者氏名 (フリガナを必ず記入してください)	
事業所 名称				生年月日	昭和 年 月 日
健診受診機関名					

以下の質問事項について、選択肢のいずれかを選択し、該当項目にレ点を記入してください。

質問No.	質問事項	選択肢		
1	現在、タバコを吸っていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
2	現在、医師の指示で下記の薬を飲んでいますか？			
	○血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	○血糖を下げる薬またはインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	○コレステロールまたは中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
3	自覚症状はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	「はい」の場合はその症状			
4	他覚症状はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	「はい」の場合はその症状			
5	これまで大きな病気にかかったことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	「はい」の場合はその病名			
6	腹囲 (提供いただいた健診結果票に記載がない場合は必ず記入してください。)	c m		
7	採血時間 ^{※注1} (提供いただいた健診結果に記載がない場合、該当する時間に☑をお願いします。)	<input type="checkbox"/> ①食後3.5時間未満	<input type="checkbox"/> ②食後3.5時間以上10時間未満	<input type="checkbox"/> ③食後10時間以上

※注1 ①食事直後に血液検査をした場合 ②朝食摂取・昼食抜きで血液検査をした場合 ③朝食抜きで血液検査をした場合

ご協力ありがとうございました。

全国健康保険協会 岩手支部