

質 問 票

受診者氏名	
-------	--

質問事項について選択肢のいずれかを選択し、該当番号を○で囲んでください

質問項目		
既往歴	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると いわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい ② 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 いわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ
	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれ たり、治療(人工透析など)を受けていますか。	① はい ② いいえ
服薬歴	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
	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。	① はい ② いいえ
	現在、コレステロールを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
喫煙歴	<p>現在、たばこを習慣的に吸っていますか。</p> <p>※「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。</p> <p>a: 最近1か月間吸っている。 b: 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。</p>	<p>① はい (aとbを両方満たす)</p> <p>② 以前は吸っていたが、 最近1か月間は吸っていない (bのみ満たす)</p> <p>③ いいえ</p>