

問診項目質問票

お手数ですが、下記の質問項目についてご回答の程よろしくお願い申し上げます。

事業所名 _____

フカナ

お名前 _____ 様 (被保険者証記号 _____ 番号 _____)

質問項目 (※各項目にご回答のうえ、署名をお願いいたします。)		
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
服薬歴	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	<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服用していますか。	<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服用していますか。	<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ヶ月間吸っている。 ②：生涯で6ヶ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ヶ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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____)	
他覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____)	
腹囲	_____ c m	

上記内容に相違ありません。

(本人署名欄)

--