

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

フリガナ
氏名

様 (健康保険証の記号

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 | () cm | |

※健診結果の階層化を行い、特定保健指導を実施するためには健診項目以外に服薬や喫煙歴の情報が必要となります。