

# 問診項目質問票

事業所名	
健康保険の記号・番号	氏名
(記号)	(番号)

問診項目の確認（※該当項目に☑をご記入ください）	
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
服薬歴 <small>現在服用している お薬</small>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬 <input type="checkbox"/> コレステロール又は中性脂肪を下げる薬 <input type="checkbox"/> 血糖を下げる薬
喫煙歴	<p>現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、たばこを習慣的に吸っている」とは①と②を両方満たす方です。</p> <p>① 最近1か月で吸っている。 ② 生涯で6か月以上吸っている、 または合計100本以上吸っている。</p> <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か月は吸っていない (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