

フリガナ

受診者氏名 _____ 様 （健康保険の記号 _____ 番号 _____）

問診項目等の確認(※該当に☑を記入してください)	
服薬歴	☐ なし（以下の薬を服用していない場合） ☐ 血圧を下げる薬 ☐ 血糖を下げる薬 ☐ コレステロール又は中性脂肪を下げる薬
喫煙歴	☐ 現在吸っていない(今まで吸ったことがない) ☐ 以前は吸っていたが、最近 1 ヶ月間は吸っていない ☐ 習慣的に吸っている
腹囲	cm（実測可能）
採血時間	☐ 空腹時(食後 10 時間以上経過) ☐ 随時(食後 3.5 時間以上 10 時間未満経過) ※不明な場合、チェックがない場合は随時として取り扱いいたします。
既往歴	☐ なし ☐ あり（ ）
自覚症状	☐ なし ☐ あり（ ）
他覚症状	☐ なし ☐ あり（ ）