問診項目質問票

事業所名称		
健康保険の	記号	番号
氏名		

以下の質問項目にご回答ください。

当てはまる場合のみ、「はい」にをつけてください。「いいえ」の場合はその項目については不要です。

質問項目		回答
服薬歴	【高血圧】 血圧を下げる薬を飲んでいますか？	☐ はい
	【糖尿病】 インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいますか？	☐ はい
	【脂質異常症】 コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか？	☐ はい
既往歴	これまでに大きな病気や手術をしたことがありますか？	☐ はい 症状等()
自覚症状	本人が自覚する症状はありますか？	☐ はい 症状等()
他覚症状	医師から言われた症状はありますか？	☐ はい 症状等()

以下はのいずれかにチェック、またはご記入ください。

採血時間	☐ 食後10時間以上 (空腹時)	☐ 食後3.5時間～ 10時間未満	☐ 食後3.5時間 未満
喫煙歴	<p>現在、たばこを習慣的に吸っていますか？</p> <p>※「現在たばこを習慣的に吸っている」とは、 【条件1】と【条件2】を両方満たす場合です。 【条件1】最近1か月間吸っている 【条件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</p>		☐ 吸っている ☐ 以前は吸っていたが 直近1か月は吸っていない ☐ 吸っていない
腹囲	腹囲を記入してください (自分で測ってくださって大丈夫です)		cm
健診実施機関名	健診実施機関名を記入してください		
医師の氏名	医師の氏名を記入してください ※ご不明な場合、「不明」とご記入ください		

ご協力ありがとうございました