健診結果のご提供は、将来の健康保険料率の軽減に繋がります。
是非ご協力いただきますようお願いいたします。

補足問診票

事業所名称		
健康保険証の 記号・番号	記号	番号
フリガナ		
氏名		

以下の質問事項について、あてはまる回答に✓してください。

※回答の記入漏れにご注意ください。

	質問項目	回答
服薬歴	血圧を下げる薬を飲んでいますか。	☐ はい ☐ いいえ
	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 ☐ いいえ
	コレステロールまたは中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。	☐ はい ☐ いいえ
喫煙歴	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※習慣的な喫煙とは、月に100本以上または6ヵ月以上喫煙しており、 健診の直近1ヵ月も吸っている状態	☐ はい ☐ いいえ ☐ 吸っていたが 直近一ヵ月は吸っていない
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」の場合は病名等 ()	☐ はい ☐ いいえ
自覚症状	本人が自覚する症状はありますか？ ※「はい」の場合はその症状 ()	☐ はい ☐ いいえ
他覚症状	医師から言われた症状はありますか？ ※「はい」の場合はその症状 ()	☐ はい ☐ いいえ
腹囲	腹囲をご記入ください。	cm

～質問は以上です。ご協力ありがとうございました。～