

問診項目質問票

事業所名： (被保険者証記号 番号)
健康保険証の氏名の上に記載されています。

フリガナ

お名前 _____ 様

健診結果に以下の問診項目が省略されている場合、各問診項目の記入をお願いいたします。

問診項目の確認(該当に☑をつけ、健診結果に記載がない場合は腹囲の記入をお願いします。)	
既往歴	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> あり ()
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	<input type="checkbox"/> 吸っていない
	<input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない(条件2のみ満たす※)
	<input type="checkbox"/> 習慣的に吸っている(条件1・2両方満たす※)
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	_____ c m (健診結果にない場合、自己測定可)
食後時間 (健診を受ける までの時間)	<input type="checkbox"/> 食後 3.5 時間未満 ・ <input type="checkbox"/> 食後 3.5 時間以上 10 時間未満 ・ <input type="checkbox"/> 食後 10 時間以上

※条件1・2は次のとおりです。

条件1: 最近1か月間吸っている。条件2: 生涯で6か月間以上吸っている又は合計100本以上吸っている。

ご提供いただきました健診結果データについては、特定保健指導を行う場合および特定の個人が識別されることのない方法で統計をとる場合に限り使用いたします。なお、データ登録後、提供いただいた定期健康診断結果は協会けんぽが廃棄いたします。