質　問　票

事業所名	

ﾌﾘｶﾞﾅ	
氏　名	

生年月日	

※あてはまる回答欄「□」にチェックしてください

No.	質 問 事 項	回　　答
1～3	現在、AからCの薬の使用の有無	
1	A. 血圧を下げる薬	□ はい　□ いいえ
2	B. インスリン注射または血糖を下げる薬	□ はい　□ いいえ
3	C. コレステロールを下げる薬	□ はい　□ いいえ
2	現在、たばこを習慣的に吸っている。	□ はい　□□□ 本／日 □ いいえ
3	既往歴	□ あり（内容：　　） 例：高血圧　等 □ なし
4	自覚症状	□ あり（所見：　　） 例：めまい　等 □ なし
5	他覚症状	□ あり（所見：　　） 例：不整脈　等 □ なし
6	腹囲	（　　）cm