

## 問診項目質問票

事業所名 \_\_\_\_\_

フリガナ  
お名前 \_\_\_\_\_

健康保険（記号） \_\_\_\_\_ (番号) \_\_\_\_\_

※ 健診結果票に記載のない項目についてご記入ください

※ 該当項目に☑を記入してください

|      |  |
|------|--|
| 服薬歴  | 現在、次の薬を服用していますか？<br><input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬<br><input type="checkbox"/> 血糖を下げる薬又はインスリン注射<br><input type="checkbox"/> コレステロールや中性脂肪を下げる薬<br><input type="checkbox"/> なし（上記の薬は服用していない場合） |
| 喫煙歴  | <input type="checkbox"/> 現在吸っていない（今まで吸ったことがない）<br><input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1ヶ月は吸っていない<br><input type="checkbox"/> 習慣的に吸っている  |
| 腹囲   | c m （自己測定可）  |
| 採血時間 | 健診当日に採血した時間はどちらに該当しますか？<br><input type="checkbox"/> 空腹時（食後10時間以上）<br><input type="checkbox"/> 随時（食後3.5時間以上10時間未満）  |
| 既往歴  | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり（ _____ ）  |
| 自覚症状 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり（ _____ ）  |
| 他覚症状 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり（ _____ ）  |