

問診項目質問票

お手数ですが、以下の質問項目についてご回答をお願い申し上げます。

健康保険記号・番号	(記号)	—	(番号)
事業所名		受診者氏名	

(ご提出いただく健診結果票に記載のある項目は記入不要です)

	質問項目	回答(「いいえ」の場合記入不要です。)
服薬歴	現在、血圧を下げる薬を飲んでいますか?	☐ はい
	現在、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
	現在、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
喫煙歴	現在、タバコを習慣的に吸っていますか? ※「習慣的に吸っている」とは、月に100本以上喫煙しており、健診の直近1か月も吸っている状態を指します。	☐ はい ☐ 以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない
既往歴	右記の病気にかかったり、治療を行ったことはありますか? ある場合は病名に☑をしてください。	☐ 脳卒中(脳出血、脳梗塞等) ☐ 心臓病(狭心症、心筋梗塞等) ☐ 慢性腎臓病・腎不全
自覚症状	本人が自覚する症状はありますか?	☐ はい ※「はい」の場合は症状名を記入()
他覚症状	医師や他人がわかる症状はありますか?	☐ はい ※「はい」の場合は症状名を記入()
検査前の食事について	健診当日に採血した時間について、いずれかに☑をしてください。 ※☑がない場合は、食後10時間以上経過しているものとして取り扱います。	☐ 食後10時間以上 ☐ 食後3.5時間～10時間未満
腹囲 身長 体重	右欄にご記入ください。 ※腹囲は自己測定値でも可 【腹囲の自己測定方法】 立った状態で軽く息を吐き、へその高さで測定してください。	腹囲 (cm) 身長 (cm) 体重 (kg)