

問診項目質問票

健診結果の取り込みには以下の問診項目が必要となりますので、ご回答をお願いいたします。

フリガナ		
氏名		
生年月日	昭和・平成	年 月 日生
お勤め先		
加入している 健康保険の記号・番号 ^(※)	記号(7桁か8桁の数字)	番号

(※)加入している健康保険の記号と番号については、保険証以外に「資格情報のお知らせ」「資格確認書」「マイナポータルの健康保険の資格情報画面」でも確認することができます。

問診項目		
服薬歴	現在、医師の指示で以下の薬を服用していますか	
	血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	血糖を下げる薬またはインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	コレステロールまたは中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
既往歴	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
採血時間	提供いただいた健診結果の採血時間は食後何時間経過していましたか	<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
喫煙歴	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、①と②を両方満たす者である。) ①:最近1ヶ月間吸っている。 ②:生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている。	<input type="checkbox"/> はい(①と②を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない(②のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ
自覚症状	本人が自覚する症状はありますか	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
他覚症状	医師から言われた症状はありますか	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	「はい」の場合はその症状	
腹囲	()cm	

