

# 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。

フリガナ	
受診者氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
加入している健康保険の記号・番号※	(記号) - (番号)
お勤め先	

(※)加入している健康保険の記号・番号については、保険証のほか「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。

	質問項目	回答(「いいえ」の場合は☑不要です。)
服薬歴	現在、血圧を下げる薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> はい
喫煙歴	現在、タバコ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、以下①と②を両方満たすものである。 ①:最近1か月間吸っている。 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない
既往歴	以下の病気に罹ったり、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。	<input type="checkbox"/> 脳卒中(脳出血、脳梗塞等) <input type="checkbox"/> 心臓病(狭心症、心筋梗塞等) <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> はい ※「はい」の場合は症状名を記入 ( )
検査前の食事について	食後10時間を経過していない場合、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。	<input type="checkbox"/> 食後3.5時間～10時間未満 <input type="checkbox"/> 食後3.5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)