

質 問 票

事業所名	
------	--

フリガナ	
氏 名	

生年月日 (西暦)	
--------------	--

※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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	B. インスリン注射または血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	C. コレステロールを下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	<p>現在、たばこを習慣的に吸っていますか。</p> <p>※「現在、習慣的に喫煙している」とは、条件1と条件2を両方満たす場合です。 条件1: 最近1か月間吸っている。 条件2: 生涯で6か月以上吸っている、又は合計10本以上吸っている。</p>	<input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ(条件1.2以外)
3	既往歴	<input type="checkbox"/> あり(内容: _____) <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">例: 高血圧 等</div> <input type="checkbox"/> なし
4	自覚症状	<input type="checkbox"/> あり(所見: _____) <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">例: めまい 等</div> <input type="checkbox"/> なし
5	他覚症状	<input type="checkbox"/> あり(所見: _____) <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">例: 不整脈 等</div> <input type="checkbox"/> なし
6	腹囲	(_____)cm
7	採血時間	<input type="checkbox"/> 食後10時間以上 <input type="checkbox"/> 食後3.5時間以上10時間未満 <input type="checkbox"/> 食後3.5時間未満