

★ 服薬・喫煙歴・腹囲・既往歴・自覚症状・他覚症状の結果が健診結果票にない場合に受診された方にお配りください。
(恐れ入りますがご提出必要分コピーをお願いいたします)

記号・番号	
フリガナ	
氏名	
生年月日	

《特定健康診査 問診票》

～ 服薬・喫煙歴・腹囲・既往歴・自覚症状・他覚症状 ～

※提供必須項目のため、必ず回答が必要です。

健診結果票に下記項目記載の有無を確認の上、不足項目をご記入してご提供をお願いいたします。

◆ 回答欄の該当する番号に○印を記入してください

質問項目		回答	
1	現在、aからcの薬を使用していますか？	どちらかに○をしてください	
1	a. 血圧を下げる薬	1、はい	2、いいえ
2	b. インスリン注射または血糖を下げる薬	1、はい	2、いいえ
3	c. コレステロールを下げる薬	1、はい	2、いいえ
2	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、「これまでに合計100本以上、または6か月以上継続して喫煙している者」であり、また最近1ヶ月間も喫煙している者)	1、はい	2、いいえ

◆ ご記入ください

質問項目		回答
1	腹囲をお答えください	cm

◆ 該当する項目がありましたら のうえ、症状名を記入してください

質問項目	回答	回答 (なしの場合、空欄でご提出ください)
既往歴	<input type="checkbox"/> あり	例：高血圧
自覚症状	<input type="checkbox"/> あり	例：片頭痛
他覚症状	<input type="checkbox"/> あり	

※ 当協会に対して事業者健診の健診記録を提供することは、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定されています。