

※健診結果に以下の質問事項の記載がない場合は、この質問票を記入の上、添付願います。

質問票

健康保険の記号 (7桁か8桁の数字)		健康保険の番号		受診者氏名 (フリガナを必ず記入してください)	
事業所 名称				生年月日	西暦 年 月 日
健診受診機関名					

喫煙歴・服薬・自覚症状・他覚症状・既往歴・腹囲・採血時間 は提供必須項目になります。**レ**点を記入してください。

質問No.	質問事項		選択肢	
1	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※注1	☐ ①はい	☐ ②以前は吸っていたが最近1か月間は吸っていない	☐ ③いいえ
2	現在、医師の指示で下記の薬を飲んでいますか？			
	☐ 血圧を下げる薬	☐ はい ☐ いいえ		
	☐ 血糖を下げる薬またはインスリン注射	☐ はい ☐ いいえ		
	☐ コレステロールまたは中性脂肪を下げる薬	☐ はい ☐ いいえ		
3	自覚症状はありますか？		☐ はい ☐ いいえ	
	「はい」の場合はその症状			
4	他覚症状はありますか？		☐ はい ☐ いいえ	
	「はい」の場合はその症状			
5	既往歴 これまで大きな病気にかかったことがありますか？		☐ はい ☐ いいえ	
	「はい」の場合はその病名			
6	腹囲 (提供いただいた健診結果票に記載がない場合は必ず記入してください。)		cm	
7	採血時間 (提供いただいた健診結果に記載がない場合、該当する時間に☑をお願いします。) ※注2	☐ ①食後3.5時間未満	☐ ②食後3.5時間以上10時間未満	☐ ③食後10時間以上

※注1 「現在、習慣的に喫煙している者」とは、【条件1】と【条件2】を両方満たす者である。

【条件1】最近1ヶ月間吸っている 【条件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

※注2 ①食事直後に血液検査をした場合 ②朝食摂取・昼食抜きで血液検査をした場合 ③朝食抜きで血液検査をした場合

ご協力ありがとうございました。
全国健康保険協会 福岡支部