

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。

記号・番号	(記号)	—	(番号)
事業所名		受診者氏名	

●下記質問項目について、該当する場合は☑をご記入ください。質問①～③について、☑記載がないものは「なし」として取り扱い、④⑤について記載がないものは「症状なし」として取り扱います。

(ご提出いただく健診結果票に記載のある項目は記入不要です)

	質問項目
①服薬歴	☐現在、血圧を下げる薬を飲んでいる ☐現在、インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいる ☐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る
②喫煙歴	喫煙歴がある場合、以下のどちらかに☑を入れてください。 ☐現在、タバコを習慣的に吸っている ☐以前は吸っていたが、最近一か月は吸っていない ※「習慣的に吸っている」とは、月に100本以上喫煙しており、健診の直近1か月も吸っている状態
③既往歴	以下の病気にかかったことがある、もしくは治療を行ったことがある (ある場合は病名に☑をしてください。) ☐脳卒中（脳出血、脳梗塞等） ☐心臓病（狭心症、心筋梗塞等） ☐慢性腎臓病・腎不全
④自覚症状	本人が知覚する症状がある (症状名：)
⑤他覚症状	医師や他人がわかる症状がある (症状名：)
⑥検査前食事について	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。 ☐食後3.5時間～10時間未満 ☐食後3.5時間未満
⑦健診結果票に <u>腹囲/身長/体重</u> の記載がない場合、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	腹囲（c m） 身長（c m） 体重（k g）