

※健診結果に問診票の内容の記載がない場合は、この質問票の記入、提出をお願いします。

質 問 票

被保険者証の記号 (7桁か8桁の数字)	被保険者証の番号	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	
健診受診機関名			

質問事項について、選択肢のいずれかを選択し、該当項目にレ点をしてください

質問No.	質問事項	選択肢
1	現在、タバコを吸っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	○血糖を下げる薬またはインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	自覚症状はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「はい」の場合はその症状	
4	他覚症状はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「はい」の場合はその症状	
5	これまで大きな病気にかかったことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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に記載がない場合、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、該当する時間にレをお願いします。)	<input type="checkbox"/> 食後3.5時間未満 <input type="checkbox"/> 食後3.5時間以上10時間未満 <input type="checkbox"/> 食後10時間以上

※参考 ①食事直後に血液検査をした場合 ②朝食摂取屋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 岩手支部