

※健診結果の問診欄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

恐れ入りますが人数分コピーをお願いいたします。

事業所名称		
健康保険	記号	番号
フリガナ		
氏名		

以下の質問項目にご回答ください。（健診結果に記載がある場合は回答不要です。）

当てはまる場合のみ、「はい」に☑をつけてください。「いいえ」の場合はその項目について☑は不要です。

質問項目		回答
服薬歴	【高血圧】 血圧を下げる薬を飲んでいますか？	☐ はい
	【糖尿病】 インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいますか？	☐ はい
	【脂質異常症】 コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか？	☐ はい
喫煙歴	現在、たばこを習慣的に吸っていますか？ ※注 1 (加熱式たばこ・電子タバコを含む)	☐ はい ☐ 以前は吸っていたが 直近 1 か月は吸っていない
既往歴	これまでに大きな病気や手術をしたことがありますか？ ※「はい」の場合は病名等 ()	☐ はい
自覚症状	本人が自覚する症状はありますか？ ※「はい」の場合は病名等 ()	☐ はい
他覚症状	医師から言われた症状はありますか？ ※「はい」の場合は病名等 ()	☐ はい
採血時間	どちらかに☑を入れてください ※チェックがない場合は、食後 3.5 時間未満とみなされます。	☐ 食後 1 0 時間以上 (空腹時) ☐ 食後 3.5 時間～ 食後 1 0 時間未満
腹囲	腹囲を記入してください	c m
健診受診機関名	健診受診機関名を記入してください	
医師の氏名	医師の氏名を記入してください ※ご不明な場合、「不明」とご記入ください	

※注 1 「現在たばこを習慣的に吸っている」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 ヶ月間以上吸っている、又は合計 100 本以上吸っている

ご 協 力 あ り が と う ご ざ い ま し た