

# 問診票

事業所名

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 様 (被保険者証記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_ )

問診項目の確認(※該当に☑を記入してください)	
既往歴	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> あり ( _____ )
服薬歴	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬
	<input type="checkbox"/> コレステロール又は中性脂肪を下げる薬
	<input type="checkbox"/> 血糖を下げる薬
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 現在吸っていない
	<input type="checkbox"/> 習慣的に吸っている
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> あり ( _____ )
他覚症状	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> あり ( _____ )
腹囲	_____ c m