

健診問診票

被保険者番号※					
カナ氏名		生年月日(西暦)	年	月	日

※被保険者番号とは、保険証の氏名右上に記載されている番号のことです。



問診項目の確認(該当するものに☑をしてください)	
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"/> コレステロールまたは中性脂肪を下げる薬
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 血糖を下げる薬
	<input type="checkbox"/> 現在吸っていない
自覚症状	<input type="checkbox"/> 習慣的に吸っている
	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> あり ()

ご協力ありがとうございました。