

健診問診票

別添3

事業所名		健康保険の番号 ※協会けんぽ記入欄	
カナ氏名		生年月日(西暦)	年 月 日

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

ご協力ありがとうございました。