

補足問診票

事業所名称		
健康保険の 記号・番号	記 号	番 号
カナ氏名 (自署)	生年月日	
	年	月 日

以下の項目について、あてはまる回答に✓を記入してください。
健診結果に下記の項目が含まれている場合は、記入不要です。

	質 問 項 目	回 答
服 薬 歴	血圧を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	コレステロールまたは中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
喫 煙 歴	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※習慣的な喫煙とは、月に100本以上または6ヵ月以上喫煙しており、 健診の直近1ヵ月も吸っている状態。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 吸っていたが直近 1ヵ月は吸っていない
既 住 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 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
自覚症状	本人が自覚する症状はありますか？ ※「はい」の場合はその症状 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
他覚症状	医師から言われた症状はありますか？ ※「はい」の場合はその症状 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
腹 囲	腹囲をご記入ください。	cm

～質問は以上です。ご協力ありがとうございました。～