

# 質問票

フリガナ

※保険証をご確認ください。

お名前 \_\_\_\_\_ 様

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 (以下3種類ともなし)
	<input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬を使用
	<input type="checkbox"/> インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用
	<input type="checkbox"/> コレステロールを下げる薬を使用
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 ※「習慣的に吸っている者」とは、「合計100本以上又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者。
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

## ご提出前にご確認ください。(リストに☑をご記入ください)

### ●健診結果のコピーに以下の項目が含まれていますか？

- 身体測定       身長       体重       腹囲  
血圧測定       血圧  
尿検査       尿糖       尿蛋白  
肝機能       AST(GOT)       ALT(GPT)        $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP)  
血糖       空腹時血糖またはHbA1c

### ●上記の質問票をご記入されましたか？

- 質問票

<送付先・お問い合わせ先>

〒930-8561 富山市奥田新町8-1 ボルファートとやま6階

全国健康保険協会 富山支部 保健グループ TEL: 076-431-5273