

問診項目質問票

お手数ですが、下記質問項目についてご回答の程、よろしくお願い申し上げます。

事業所名	
被保険者証記号・番号	・
フリガナ	
氏名	

○健診結果等の不足項目のみ回答をお願いします

質問項目（※該当に☑を記入してください）		
1.既往歴	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	☐ はい ☐ いいえ
2.服薬歴	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	☐ はい ☐ いいえ
	現在、インスリン注射または血糖を下げる薬を服用していますか。	☐ はい ☐ いいえ
	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	☐ はい ☐ いいえ
3.喫煙歴	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「現在、習慣病に喫煙している者」とは、①と②を両方満たす者である。） ①：最近1ヶ月間吸っている。 ②：生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている。	☐ はい（①と②を両方満たす） ☐ 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない （②のみ満たす） ☐ いいえ
4.自覚症状	☐ なし ☐ あり（症状：）	
5.他覚症状	☐ なし ☐ あり（症状：）	
6.腹囲	cm	