## 問診票

※他の健康診断を受けた方（受診券を使っていない方）

| | |
|---|---|
| 証記号・番号 | － |
| 氏名 | |
| 記入日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 連絡先 | （　　）　　－ |

該当する項目に〇をつけて、必要事項をご記入ください。

| | 質問項目 | 回答 |
|---|---|---|
| 1 | 健診実施機関名 | （　　） |
| 2 | 現在、aからcの薬の使用の有無<br>（医師の診断・治療のもとで服薬中のもの） | |
| | a. 血圧を下げる薬 | ① はい　② いいえ |
| | b. 血糖を下げる薬、又はインスリン注射 | ① はい　② いいえ |
| | c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬 | ① はい　② いいえ |
| 3 | 現在、たばこを習慣的に吸っている。<br>※「現在、習慣的に喫煙している者」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ヵ月間も吸っている者 | ① はい　② いいえ |
| 4 | 既往歴（今までかかった特記すべき病気） | ① はい（　　）<br>② いいえ |
| 5 | 自覚症状 | ① はい（　　）<br>② いいえ |