

【様式2】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）

該当する項目に☑をつけて、必要事項をご記入ください。

証記号・番号	—
氏名	
記入日	令和 年 月 日
連絡先	() —

	回 答
健診実施機関名	()
既往歴	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
自覚症状	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
服薬歴	<input type="checkbox"/> なし（以下の薬を服薬していない場合） <input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬 <input type="checkbox"/> 血糖を下げる薬又はインスリン注射 <input type="checkbox"/> コレステロール又は中性脂肪を下げる薬
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 習慣的に吸っている <small>※「合計100本以上又は6か月以上吸っている者」かつ最近1か月間も吸っている者</small> <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない <input type="checkbox"/> なし
採血時間	<input type="checkbox"/> 空腹時（食後10時間以上経過） <input type="checkbox"/> 随時（食後3.5時間以上10時間未満経過） <small>※不明な場合、チェックがない場合は随時血糖として取り扱いいたします。</small>