

極秘

都道府県 番号		医療機関コード				
14	1					

特定健康診査に係わる質問票

保険証の 記号番号		受診医療 機関名		健診 年月日	
氏名		性別		生年 月日	

質問項目	回答 (該当する□に✓)
◆現在、a から c の薬を使用していますか。	
1) a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2) b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3) c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
◆既往歴について	
4) 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5) 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6) 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7) 医師から、貧血といわれたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
◆たばこ・体重について	
現在、たばこを習慣的に吸っている。	
8) ※「習慣的」とは「吸い始めてから合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っていること」であり、「最近1ヶ月間も吸っていること」をいう	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9) 20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

注) 必ず、この質問票に健康診断の結果通知表等 (写) を添付してください。