

特定健診質問票(抜粋版)

ふりがな	
氏 名	
生年月日	昭和 年 月 日生まれ
電 話	— —

● 1～6までの質問について、回答欄のどちらか該当する方を○で囲んでください。

※すべての質問に必ずご回答ください。

※ 1～3の質問は、薬の種類を主治医によくご確認のうえご回答ください。

No.	質問欄	回答欄
1	日頃、医師から処方された血圧を下げる薬を飲んでいますか。	①はい ②いいえ
2	日頃、医師から処方されたインスリン注射を使用又は血糖を下げる薬を飲んでいますか。	①はい ②いいえ
3	日頃、医師から処方されたコレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。	①はい ②いいえ
4	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 *「習慣的な喫煙」とは、過去に計100本以上又は6か月以上吸っていて、かつ最近1か月間も吸っている状態	①吸っている ②以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない ③吸っていない
5	既往歴及び現病歴（治療中也含む）がありますか。	① ある 【高血圧・脳卒中・心臓病・糖尿病・腎臓病・脂質異常症・貧血・肝機能障害・他（ ）】 ② ない
6	気になる自覚症状はありますか。	① ある 【頭痛・肩こり・めまい・しびれ・口渇・動悸・胸痛・息切れ・他（ ）】 ② ない