

【特定健診 質問票】

この質問票は、特定健診の必須項目です。
保険証の記号と番号、氏名をご記入のうえ、A～Cの各質問にお答えください。

保険証記号 — 番号	—
氏 名	

A 既往歴についておたずねします。

現在治療中の病気や、過去にかかった病気がある場合には、該当するものすべてに○をつけてください。その他の場合は具体的にご記入ください。

1. 高血圧症	2. 糖尿病	3. 脂質異常症
4. 脳卒中(脳出血、脳梗塞など)	5. 心臓病(狭心症、心筋梗塞など)	6. 慢性の腎不全
7. その他(具体的にご記入ください))

B 自覚症状についておたずねします。

現在、症状があるものすべてに○をつけてください。その他の場合は具体的にご記入ください。

1. 胸部圧迫感	2. 動悸や心臓の激しい鼓動	3. 息切れ	4. 不眠
5. 肩こり・腰痛	6. 手足のしびれ	7. めまい・立ちくらみ	8. 頭痛・耳鳴り
9. いつも調子が悪い	10. おなかが張っている	11. 下痢	12. 便秘
13. その他(具体的にご記入ください))

C お薬と喫煙についておたずねします。

あてはまる番号に○をつけてください。

現在、医師の処方による「血圧を下げる薬」を使用している	1.	はい	2.	いいえ
現在、医師の処方による「インスリン注射または血糖を下げる薬」を使用している	1.	はい	2.	いいえ
現在、医師の処方による「コレステロールを下げる薬」を使用している	1.	はい	2.	いいえ
現在、たばこを習慣的に吸っている	1.	はい	2.	いいえ