

～ 質問票 ～

■TABけんぽーたる 申請番号： _____

■受診者氏名： _____

■以下4つの質問に✓を入れてください

すべての項目を記入してください

質問		回答			
1	既往歴について	☐	あり（病名： _____）	☐	なし
2	自覚症状について	☐	あり ☐ 肩こり ☐ 腰痛 ☐ 目の痛み ☐ 動悸 ☐ 息切れ ☐ その他（ _____ ）	☐	なし
3	現在、(a)～(c)の薬の使用有無について				
	(a) 血圧を下げる薬(高血圧の薬)	☐	はい	☐	いいえ
	(b) インスリン注射または血糖を下げる薬	☐	はい	☐	いいえ
	(c) コレステロールや中性脂肪を下げる薬	☐	はい	☐	いいえ
4	喫煙の有無について 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※条件1・2を満たす場合 (条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月以上吸っている、 または合計100本以上吸っている)	☐ ☐ ☐	はい（条件1と条件2を両方満たす） 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない （条件2のみ満たす） いいえ		

★質問票と健診結果表は健保業務以外の目的には使用しません。