

## 特定健診質問票

特定健診必須項目【服薬】【喫煙】【問診項目】についてご回答願います。  
補助金申請書、健診結果表(写)と一緒にご提出ください

年 月 日

被保険者証 記号・番号	受診者氏名	本人家 族区分	生年月日
.	フリガナ	本人 ・ 家族	昭和・平成  年 月 日  ( )才

※該当する□にチェックを入れてください。特記すべきことありの場合、具体的にご記入ください。

質問項目(必須)		回 答
服薬有無 (現在)	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	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
	c. コレステロールを下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
喫煙習慣	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1ヶ月間吸っている 条件2:生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> ①はい(条件1,2両方満たす) <input type="checkbox"/> ②以前は吸っていたが最1ヶ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> ③いいえ(①②以外)
問診項目	既往歴	<input type="checkbox"/> 特記すべきことあり ( ) <input type="checkbox"/> 特記すべきことなし
	自覚症状	<input type="checkbox"/> 特記すべきことあり ( ) <input type="checkbox"/> 特記すべきことなし
	他覚症状	<input type="checkbox"/> 特記すべきことあり ( ) <input type="checkbox"/> 特記すべきことなし

受診日	
受診医療機関	