

特定健康診査質問票

	記号	番号
被保険者の 記号・番号		
受診者氏名		

		質問項目	回答
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無		
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
4	現在、たばこを吸っている		<input type="checkbox"/> はい
			<input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、 最近1ヶ月間は吸っていない
			<input type="checkbox"/> いいえ

※質問票記入と提出について

1. で表記して下さい。
2. 特定保健指導の判定に必要な重要な質問ですので、正確にお答えください。上記の薬を服薬しているときは、必ず「はい」を選択してください。
3. この質問票に記載されている個人情報の保護を厳守し、保健事業を推進するための目的以外には使用いたしません。
4. 質問項目に未記入があった時は、お電話で確認させていただく場合がございますので、ご了承ください。