

特定健康診査質問票

氏名

< 回答欄 >

薬の使用	1. 血圧を下げる薬を使用していますか	①はい ②いいえ
	2. インスリン注射または血糖を下げる薬を使用していますか	①はい ②いいえ
	3. コレステロールを下げる薬を使用していますか	①はい ②いいえ
既往歴	4. 医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっていると いわれたり、治療を受けたことがありますか	①はい ②いいえ
	5. 医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっていると いわれたり、治療を受けたことがありますか	①はい ②いいえ
	6. 医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、 治療（人工透析）を受けたことがありますか	①はい ②いいえ
	7. 医師から、貧血といわれたことがありますか	①はい ②いいえ
生活習慣	8. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか 1日あたり（ 本）	①はい ②いいえ