質　問　票

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（生年月日　　昭和　　年　　月　　日）

提出していただく健診結果に以下の項目の記載がない場合は，必ず回答を記入のうえ，健診結果と一緒に提出してください。

1　以下の項目について，あてはまる番号に〇をつけてください。
（健診を受けた時点での状況でお答えください）

（1）血圧を下げる薬を飲んでいますか。

1．はい　　2．いいえ

（2）インスリン注射をしていますか。または血糖を下げる薬を飲んでいますか。

1．はい　　2．いいえ

（3）脂質異常症の薬（コレステロールを下げる薬など）を飲んでいますか。

1．はい　　2．いいえ

（4）現在，たばこを習慣的※に吸っていますか。

条件1：　最近1か月間吸っている
条件2：　生涯で6か月間以上吸っている，又は合計100本以上吸っている

1．はい　条件1と条件2を両方満たす

2．以前は吸っていたが，最近1か月は吸っていない　条件2のみ

3．いいえ　1，2以外

2　以下の項目について，あてはまる番号に〇をつけ，「1．あり」の場合は病名・症状等を簡単に記入してください（あてはまるものがある場合は，〇をつけてください）。

（1）既往歴

1．あり　⇒　高血圧・脂質異常症・糖尿病・その他（　　）
2．なし

（2）自覚症状

1．あり　⇒　頭痛・めまい・息切れ・むくみ・耳鳴り・どうき・肩こり
手足のしびれ・その他（　　）
2．なし

（3）他覚症状（今回の健診で医師から言われたこと等がありましたら「1．あり」の欄にご記入ください）

1．あり　⇒　黄疸・浮腫・不整脈・肝腫・貧血・心音異常・呼吸音異常
その他（　　）
2．なし

3　身体測定・血圧測定の項目がない場合はご記入ください。

身長＿＿＿＿＿＿cm　　体重＿＿＿＿＿＿kg　　腹囲＿＿＿＿＿＿cm

血圧＿＿＿＿＿＿／＿＿＿＿＿＿mmHg　　医師名＿＿＿＿＿＿＿＿

〇全員ご回答ください。

提出していただく健診の種類について，あてはまる番号に〇をつけてください。
（あてはまるものがある場合は〇をつけてください。もしくは医療機関名等を記入してください。）

①職場で受けた健診（　事業主健診　・　人間ドック等　）
②個人で受けた人間ドック　⇒（医療機関名　　）
③かかりつけ医等の医療機関で個人で受けた健診　⇒（医療機関名　　）
④その他（　　）

※提出していただいた健診結果により特定保健指導のご案内をお送りする場合があります。ご了承ください。

＜問い合わせ＞　柏市健康増進課　　電話　０４（７１６４）４４５５（直通）