

問診項目質問票

◎受診者情報

事業所名	(記号)	(番号)	受診日	年 月 日
	受診者氏名			

◎質問事項(健診結果票に記載があるものは記載不要です。)

服薬歴 (処方薬に限ります)	現在、血圧を下げる薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	現在、インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	現在、コレステロールまたは中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
喫煙歴	現在、タバコを習慣的に吸っていますか？ ※「習慣的に吸っている」とは、月100本以上喫煙しており、 健診の直近1ヶ月間においても吸っている状態を指します。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> やめた(以前は吸っていた) <input type="checkbox"/> いいえ
既往歴	既往歴はありますか？ ※「はい」の場合(症状名:)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
自覚症状	受診者が知覚(自覚)する症状はありますか？ ※「はい」の場合(症状名:)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
他覚症状	医師または他人がわかる症状はありますか？ ※「はい」の場合(症状名:)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
検査前食事について	食後10時間を経過していない場合、いずれか当てはまるものを選んでください。選んでいない場合は、食後10時間以上経過しているものとして取り扱います。	<input type="checkbox"/> 食後3.5時間未満 <input type="checkbox"/> 食後3.5時間～10時間未満 (選択なしは10時間以上とします)
未測定項目	健診結果票に腹囲の記載がない場合、右欄に記入してください。 [測定方法]立った状態で軽く息を吐き、へその高さで測定する。	腹囲()cm

◎質問票の回答にご協力ありがとうございました。

★定期健康診断の検査項目チェックシートも併せてご確認ください。