

○ 特定健康診査に伴う日常生活に関する質問票兼同意書

該当する番号に○印を付けてください。

服薬について	血圧を下げる薬を服用していますか。 (高血圧症の治療に係る薬剤を服用していますか。)	1. はい	2. いいえ
	インスリン注射又は血糖値を下げる薬を服用していますか。 (糖尿病の治療に係る薬剤を服用していますか。)	1. はい	2. いいえ
	コレステロールを下げる薬を服用していますか。 (脂質異常症の治療に係る薬剤を服用していますか。)	1. はい	2. いいえ
診察・既往歴等について	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
	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
	医師から、慢性腎臓病や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
	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
つ喫い煙てに	現在、タバコを習慣的に吸っていますか。	1. はい	2. いいえ
の保健指導の希望	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	1. はい	2. いいえ

令和 年 月 日記入

人間ドックの結果及び質問票について、特定健康診査の結果として使用することに同意します。

氏名

受付印