

○ 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
	血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。 (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
	コレステロールや中性脂肪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（人工透析など）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
喫煙について	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (習慣的に喫煙しているとは条件1と条件2の両方を満たすことをいいます。 条件1：最近1か月吸っている。 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か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） 3. いいえ（1,2以外）
保健指導の有無	生活習慣の改善についてこれまでに保健指導を受けたことがありますか。	1. はい 2. いいえ
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