

【特定健診 質問票】

この質問票は、特定健診の必須項目です。
 保険証の記号と番号、氏名をご記入のうえ、A～Cの各質問にお答えください。

保険証記号 — 番号	—
氏 名	

A 現病歴・既往歴についておたずねします。

現在治療中の病気や、過去にかかった病気がある場合には、該当するものすべてに○をつけてください。その他の場合は具体的にご記入ください。

1. 高血圧症	2. 糖尿病	3. 脂質異常症
4. 脳卒中（脳出血、脳梗塞など）	5. 心臓病（狭心症、心筋梗塞など）	6. 慢性の腎不全
7. その他（具体的にご記入ください）		

B 自覚症状についておたずねします。

現在、症状があるものすべてに○をつけてください。その他の場合は具体的にご記入ください。

1. 動悸	2. 息切れ	3. めまい・立ちくらみ	4. 肩こり・首こり
5. 腰痛	6. 膝痛	7. 手足のしびれ・こわばり	8. 頭痛
9. 耳鳴り・難聴	10. 腹痛	11. おなかが張っている	12. 下痢
13. 便秘	14. 不眠	15. その他（具体的にご記入ください）	

C お薬と喫煙についておたずねします。

あてはまる番号に○をつけてください。

現在、医師の処方による「血圧を下げる薬」を使用している	1.	はい	2.	いいえ
現在、医師の処方による「血糖を下げる薬またはインスリン注射」を使用している	1.	はい	2.	いいえ
現在、医師の処方による「コレステロールや中性脂肪を下げる薬」を使用している	1.	はい	2.	いいえ
現在、たばこを習慣的に吸っている	1.	はい	3.	いいえ
	2.	以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない		

大阪装粧健康保険組合
 電話 06(6261)6474