

特定健康診査情報提供票（質問票）

氏名 \_\_\_\_\_

	質問事項	いずれかに☑をつけてください
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、血糖を下げる薬を服用又はインスリン注射していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	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（人工透析等）を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。（※今までに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っており最近1ヶ月間も吸っている方）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

本人同意書

同意書（はがき）の提出  あり

なし



下記に記入して下さい。

貴医療機関が所有する検査結果を、特定健診データとして岩見沢市に提出することに同意します。

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

●質問票はご本人がご記入ください。ただし、ご記入が不自由な方の場合は代筆で結構です。