

特定健康診査情報提供票 質問票（7項目）

【本人記入欄】（代筆可）

氏 名

No.	質問事項	回答欄 該当するものに☐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。	☐ ① はい	☐ ② 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。	☐ ① はい	☐ ② 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。	☐ ① はい	☐ ② 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。	☐ ① はい	☐ ② 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。	☐ ① はい	☐ ② 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。	☐ ① はい	☐ ② いいえ
7	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者」とは、条件1と条件2を両方満たす者 条件1：最近1ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ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ヶ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ☐ ③ いいえ（①②以外）	

本人同意欄（本人記入欄）

私は、診療における検査結果を特定健康診査の結果データとして、市・町・村 に提供することに同意します。

令和 年 月 日

氏 名