

質問票

健康保険証の記号－番号	受診者氏名
—	
日中のご連絡先（電話番号）：	

以下の質問にご回答ください。

No.	質問項目	回答
1	<p>現在、a から c の薬を服用していますか</p> <p>a. 血圧を下げる薬</p> <p>b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射</p> <p>c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬</p>	<p>1：はい 2：いいえ</p> <p>1：はい 2：いいえ</p> <p>1：はい 2：いいえ</p>
2	<p>現在、たばこを習慣的に吸っていますか</p> <p>（※「現在、たばこを習慣的に吸っている者」とは、条件1と条件2を両方満たすものである。</p> <p>条件1：最近1か月間吸っている</p> <p>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）</p>	<p>1：はい（条件1と条件2を両方満たす）</p> <p>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）</p> <p>3：いいえ（①②以外）</p>
3	<p>これまでにかった病気（既往歴）</p> <p><input type="checkbox"/> 特になし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p>	<p>）</p>
4	<p>自覚症状（最近具合の悪いところ）</p> <p><input type="checkbox"/> 特になし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p>	<p>）</p>

【お問合せ先】

〒110-8646 東京都台東区東上野 1-7-2
 全国印刷工業健康保険組合 保健推進課
 電話 03-5834-3180（内線 411～415）