

質 問 票

健康保険証の記号一番号	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>	
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>	
5	健診時の採血までの絶食時間	<p>1：10 時間以上</p> <p>2：3.5 時間～10 時間未満</p> <p>3：3.5 時間未満</p>

※回答がない場合、マイナポータルで健診結果を閲覧出来ない可能性があります。

【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）