

質問票

健康保険証の記号一番号	受診者氏名
—	

以下の質問にご回答ください。

No.	質問項目	回答
1	現在、a から c の薬を服用していますか a. 血圧を下げる薬 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	はい ・ いいえ はい ・ いいえ はい ・ いいえ
2	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、たばこを習慣的に吸っている者」とは、「これまでに合計 100 本以上、又は 6 ヶ月以上吸っている者」であり、最近 1 ヶ月間も吸っている者)	はい ・ いいえ
3	これまでにかかった病気(既往歴) <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()	
4	自覚症状(最近具合の悪いところ) <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()	

【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)