

被扶養者健診 問診票

2019年度

提出先：ワールド健康保険組合

* この用紙は医療機関への提出物ではありません。 補助金申請書と共にワールド健康保険組合に送付して下さい

フリガナ 氏 名		記入日	年 月 日
生年月日	2020年3月31日時点 年 月 日 (歳)		

● 以下の質問について該当するものに○を付けて下さい

1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか	はい	いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を服用していますか	はい	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	はい	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	はい	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	はい	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）を受けたことがありますか	はい	いいえ
7	医師から、貧血にかかっているといわれたことがありますか	はい	いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている （*「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「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
9	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、 利用しますか	はい	いいえ

※この問診票の個人情報の取り扱いについては、補助金申請書に記載しております