

特定健診 問診票

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:平成 年 月 日
生年月日	昭 平 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、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか	はい	いいえ
3	現在、コレステロール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)	吸わない	やめた 吸う
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。