

## 質 問 票

※受診券を利用して、のびのび健診（特定健診）または国保人間ドックを受診予定の方は、提出する必要はありません。

フリガナ								
氏名	( 歳)							
生年月日	年	月	日	健診受診日	令和	年	月	日
住所	さいたま市 区							
日中つながる連絡先	— —							
国民健康保険 被保険者 記号・番号	記号				番号			

1. 腹囲	(お腹周りの細い部分のウエストではなく、へその高さでお腹周りを測ります)				cm				
2. 身長	cm		3. 体重	kg		4. 血圧	/ mmHg		
5. 尿検査	尿糖 (○をしてください)			—	±	+	++	+++	
	尿蛋白 (○をしてください)			—	±	+	++	+++	
6. 採血の何時間前に食事をとりましたか？				① 10時間未満		② 10時間以上			
7. 治療及び喫煙等の状況	(1) 現在下のa～cの薬を使用していますか？								
	a. 血圧を下げる薬				① はい ② いいえ				
	b. 血糖を下げる薬またはインスリン注射				① はい ② いいえ				
	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬				① はい ② いいえ				
	(2) 医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか？				① はい ② いいえ				
	(3) 医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか？				① はい ② いいえ				
	(4) 医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているとされたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか？				① はい ② いいえ				
(5) 医師から、貧血と言われたことがありますか？				① はい ② いいえ					
(6) 現在、たばこを習慣的に（「生涯で6か月間以上、または合計100本以上吸っていて」、さらに最近1か月）吸っていますか？				① はい ② 以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない ③ いいえ					
8. 医師から、何か指摘事項はありますか？ ※ありに○の方は、下の質問9に詳細をご記入ください				① 特になし ② あり					
9. 最近自覚症状として気になる事項があればご記入ください（無ければ無記入で結構です）									