

日向市国民健康保険事業者健診情報提供助成事業質問票

年 月 日

（太枠内をご記入ください。）

事業者名			
フリガナ氏名		生年月日	

質問票	服薬	①現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	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使用していますか。	はい ・ いいえ
		③現在、コレステロールを下げる薬を使用していますか。	はい ・ いいえ
	既往	④脳卒中	はい ・ いいえ
		⑤心疾患	はい ・ いいえ
		⑥慢性腎臓病	はい ・ いいえ
		⑦貧血	はい ・ いいえ
	喫煙	⑧現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （「習慣的に喫煙している者」とは、「今までに合計 100 本以上、又は 6 か月以上吸っている者」であり、最近 1 か月間も吸っている者）	はい ・ いいえ
自覚症状		はい ・ いいえ	