

岐阜市 社会保険加入者 被扶養者診査票

施設コード 施設名
健診日 20 年 月 日
〒 電話番号
住所
カナ氏名
受診券番号
有効期限 和暦
被保険者証等記号
保険者番号
支払代行機関番号

特定健診・必須項目
身長 体重 腹囲
食後採血時間
理学検査
打聴診
触診
収縮期 拡張期
尿糖 尿蛋白

詳細な特定健診
貧血検査
β2ミクログロブリン
心電図検査
眼底検査
HbA1c

180401 00290

機械で読み込みますので、折り曲げないでください。太枠内を黒ボールペンでご記入ください。

バーコードの貼り付けスペース

問診票 内に/チェックをしてください

(自覚症状) 現在、気になる症状があればチェックしてください
(現病歴) 現在、以下の病気で薬を使用されていますか。
(既往歴) 以下の病気と言われたり、治療を受けたことがありますか。
9 20歳のときの体重から10kg以上増加していますか
10 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上しますか
11 歩行または同等の身体活動を1日1時間以上しますか
12 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度は速いですか
13 食事をかんで食べる時の状態はどれですか
14 人と比較して食べる速度は速いですか
15 寝る前2時間以内に夕食をとることが、週3回以上ありますか
16 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか
17 朝食を抜くことが週3回以上ありますか
18 お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか
19 飲酒日の1日あたりの飲酒量
20 睡眠で体重が十分とれていますか
21 運動や食生活等の生活習慣を
22 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか

問診票の記入欄