

特定健診・長寿健診受診結果報告票

カナ氏名 漢字氏名	()	被保険者証番号	
生年月日	年 月 日	年齢	歳
			性別
住所	〒 - - Te l (- -)		
	加西市		

(署名欄)

市が保健指導及び介護予防事業の目的の範囲内で個人情報を使用することに同意いたします。

受診者署名 _____

(質問事項)

血圧を下げる薬を使用していますか	1. はい	2. いいえ	
インスリン注射または血糖を下げる薬を使用していますか	1. はい	2. いいえ	
コレステロールを下げる薬を使用していますか	1. はい	2. いいえ	
現在たばこを習慣的に吸っていますか (「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」で最近1ヶ月間も吸っている者)	1. はい	2. いいえ	
お酒(清酒・焼酎・ビール・洋酒など)を飲む頻度は、次の 1～3のうちどれですか	1. 毎日	2. 時々	3. ほとんど飲まない (飲めない)
医師から貧血といわれたことがありますか	1. はい	2. いいえ	
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	1. はい	2. いいえ	
上記の質問以外に、これまで治療をしたことのある病気はありますか	1. 高血圧	2. 低血圧	3. 不整脈
	4. 脂質異常症	5. 高尿酸血症	6. 糖尿病
	7. 骨粗しょう症		8. 脳卒中(脳梗塞、脳出血)
	9. 心臓病(心筋梗塞、狭心症)		10. 慢性腎臓病、腎不全、人工透析
	11. 肝臓病	12. 胃、十二指腸潰瘍	13. うつ
これらの症状について、該当するものはありますか	1. 胸部圧迫感	2. 動悸	3. 息切れ
	4. 不眠	5. 肩こり・腰痛	6. 手足のしびれ感
	7. 目まい・立ちくらみ	8. 頭痛・耳鳴り	9. いつも調子が悪い
	10. 腹が張っている	11. 下痢	12. 便秘
	13. 痔の傾向		