

健康状況等調査票

※太枠内を記入してください。

フリガナ		国保記号番号	—		
氏名		生年月日	年	月	日
		健診受診日	年	月	日

■ 回答欄の該当する番号に○印を記入してください。

質問項目	回答欄
血圧を下げる薬を飲んで 있습니까。	①はい ②いいえ
インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んで 있습니까。	①はい ②いいえ
コレステロールを下げる薬を飲んで 있습니까。	①はい ②いいえ
<p>現在、たばこを習慣的に吸っていますか。</p> <p>※「習慣的に喫煙している者」とは、次の条件1と条件2を両方満たす者である。</p> <p>条件1：最近1か月間吸っている</p> <p>条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている</p>	<p>①はい（条件1と条件2を両方満たす）</p> <p>②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす）</p> <p>③いいえ（①②以外）</p>
<p>運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。</p>	<p>①改善するつもりはない</p> <p>②改善する（概ね6か月以内）</p> <p>③近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている</p> <p>④既に改善に取り組んでいる（6か月未満）</p> <p>⑤改善に取り組んでいる（6か月以上）</p>

受付印