

特定健康診査問診票

(任意継続組合員・被扶養者用)

※全ての項目に記入してください。

種 別 (どちらかに○)	任意継続組合員 ・ 被扶養者		
所属支部名	支部	健診実施日	月 日
住 所	〒		
フリガナ		電話番号	
氏 名		生年月日	西暦19 年 月 日
		性別／年齢	男 ・ 女 歳

	質 問 項 目	回 答 (どちらかに○)
1	血圧を下げる薬を飲んでいる。	① はい ② いいえ
2	インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいる。	① はい ② いいえ
3	コレステロールを下げる薬を飲んでいる。	① はい ② いいえ
4	現在、タバコを習慣的に吸っている。 ＊「現在、習慣的に吸っている者」とは、 <u>条件1と条件2を両方満たす者である。</u> 条件1・・・最近1カ月以上吸っている。 条件2・・・生涯で6ヵ月以上吸っている、 又は合計100本以上吸っている。	① はい (条件1も条件2も両方満たす) ② 以前は吸っていたが、 最近1カ月は吸っていない (条件2のみ満たす) ③ いいえ