質　問　票

【申請者】

　　住所

　　氏名

　　　**※健康診断受診時の状況をご記入ください。**

**◆健康診断受診日　　　　　　　　年　　　月　　　日**

**◆既往歴について（当てはまるものを○で囲んでください。）**

１．高血圧の治療中ですか　　　　　　　　　　　 　　　はい ・ いいえ

上記で「はい」と回答した方 → 薬を服用していますか はい ・ いいえ

２．高血糖・糖尿病の治療中ですか　　　　　　　 　　 　はい ・ いいえ

上記で「はい」と回答した方→ 薬を服用していますか はい ・ いいえ

３．脂質異常（コレステロールなど）の治療中ですか　 　はい ・ いいえ

上記で「はい」と回答した方→ 薬を服用していますか はい ・ いいえ

**◆自覚症状について（当てはまる項目にチェックをつけてください）**

□ 胸がしめつけられる、不快感を感じることがある

□ どうき・息切れ・脈のみだれがある

□ 顔や足がむくむことがある

□ めまい・たちくらみがある

□ 目立って疲れやだるさを感じる

□ のどが渇きやすく、飲む水の量が多くなっていると感じる

□ 排尿の際、尿が残っている感じや痛みがある

□ 夜中３回以上トイレにおきることがある

□ 耳の聞こえが悪い、耳鳴りがする

□ 朝、手足がこわばる、関節がはれたり痛んだりする

□ 背中や腰に痛みがある

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**◆喫煙について**

タバコを習慣的に吸っていますか。　　　 はい ・ いいえ