様式第２号

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