

特定健診 質問票

福井県自動車販売整備健康保険組合

① の質問票を記入し、② の健診項目があることを確認してください。

1

質問票

— 必ずご記入ください —

被保険者等記号		番号	
氏名		生年月日	年 月 日
受診日	年 月 日	健診機関名	

質問	いずれかに ○ をつけて回答してください
1、血圧を下げる薬を使用していますか	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使用していますか	1、はい 2、いいえ
3、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
4、現在たばこを習慣的に吸っていますか	1、はい 2、以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない 3、いいえ
5、既往歴	1、あり（特記事項： ） 2、なし
6、自覚症状	1、あり（特記事項： ） 2、なし
7、他覚症状	1、あり（特記事項： ） 2、なし

2

健診項目について

— 健診結果に記載されているか確認してください —

項目	検査の内容	<input checked="" type="checkbox"/>
身体計測	身長、体重、腹囲、BMI	<input type="checkbox"/>
血圧		<input type="checkbox"/>
肝機能検査	AST(GOT)・ALT(GPT)・ γ -GTP	<input type="checkbox"/>
血中脂質検査	空腹時中性脂肪 または 随時中性脂肪、 HDL・LDL・NonHDL コレステロール	<input type="checkbox"/>
血糖検査	空腹時血糖 または 随時血糖、HbA1c	<input type="checkbox"/>
尿検査	尿糖 および 尿たんぱくの有無	<input type="checkbox"/>