

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いますか。	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いますか。	①はい ②いいえ
コレステロールを下げる薬を飲んでいますか。	①はい ②いいえ
現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「習慣的」とは、合計100本以上又は6か月以上吸っている者で、最近1か月間も吸っている者	①はい ②いいえ
運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	①改善するつもりはない ②改善する（概ね6か月以内） ③近いうちに（概ね1か月以内）に取り組む ④既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤改善に取り組んでいる（6か月以上）

受付印