

# 質問票

被保険者証 記号-番号	—	受診者 氏名	
----------------	---	-----------	--

問診項目の確認(※該当に☑を記入してください)	
服薬歴	<input type="checkbox"/> 服薬なし <input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬を飲んでいる <input type="checkbox"/> インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいる <input type="checkbox"/> コレステロール又は中性脂肪を下げる薬を飲んでいる
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 現在吸っていない ※「習慣的に喫煙している」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている方」であり、最近1ヶ月間も吸っている方 <input type="checkbox"/> 習慣的に吸っている
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )

**※健康診断結果(写)と一緒にご提出ください**

●既往歴とは … これまでにかかった病気やケガで、すでに治癒したもの

●自覚症状とは … ご本人が自覚している症状

《送付先・お問い合わせ先》

〒460-0017

名古屋市中区松原2-18-10

名古屋木材健康保険組合 担当者宛

T E L : 052-321-7025