**受 診 回 答 票**

**（パート勤務先等で受診した方用）**

　　提出日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康保険の | 記号 | | 番号 | 受診者氏名 | フリガナ |
|  | |  |  |
| 生年月日 | 昭和 | 年　月　日 | | 日中の連絡先 |  |
| 受診者の住所 | 〒 | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 健診受診日 | 令和　　年　月　日 | 診察した  医 師 名 |  |
| 医療機関名 |  | 医療機関  所 在 地 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 現在の服薬歴 | 血圧を下げる薬 | □ 有 | | □ 無 |
| インスリン注射又は血糖を下げる薬 | □ 有 | | □ 無 |
| コレステロールを下げる薬 | □ 有 | | □ 無 |
| 喫煙歴 | 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。  ※「習慣的に吸っている」とは条件1と  条件2を両方満たしていることです。  　条件１：最近1か月間吸っている。  　条件２：生涯で6か月以上又、は合計100本以上吸っている。 | * ①はい(条件1、2両方を満たす) | | |
| * ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない | | |
| * ③いいえ | | |
| 既往歴 |  | | | |
| 自覚症状 | 最近、気になる症状はありますか？ | □　 有 | □　 無 | |
| 「有」と回答した方はご記入ください。 | | | |

**□にチェックマークを入れてください。**