

質 問 票

○ 40歳以上の方のみ、特定保健指導に必要となりますので、ご記入のうえ補助金申請書に添付して下さい。

※ 回答欄は、該当するものを○で囲んで下さい。

項番	質 問 事 項	回 答
1	現在、血圧を下げる薬を使用している。	①はい ②いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している。	①はい ②いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している。	①はい ②いいえ
4	医師から脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けている。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがある。	①はい ②いいえ
8	現在、「たばこ」を習慣的に吸っている。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「累計100本以上又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月も吸っている者	①はい ②いいえ
9	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか。	①はい ②いいえ

◎この「質問票」により取得した個人情報は、健康保険業務(重症化予防・特定保健指導管理事項等)以外に使用いたしません。

健康保険被保険者証の

受診者の

被保険者との

記号 _____ 番号 _____

氏名 _____

続柄 _____