質　問　票

保険証	記号	番号
フリガナ		
氏　名		

1～3	**現在、aからcの薬の使用の有無**		
1	a：血圧を下げる薬	はい	いいえ
2	b：インスリン注射又は血糖を下げる薬	はい	いいえ
3	c：コレステロールを下げる薬	はい	いいえ
4	**既往歴について** 過去に病気にかかったことがありますか （例：糖尿病・喘息・脳梗塞など大きな病気） あるとお答えの方はその病名　〔　　〕	はい	いいえ
5	**自覚症状について** 現在、身体に感じている症状がありますか （例：いらいらする・眠れない・食欲がないなど） あるとお答えの方はその症状　〔　　〕	はい	いいえ
6	**現在タバコをすっていますか**	はい	いいえ