

## 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 |

### 既往歴について

- 4 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)
- はい いいえ
- あるとお答えの方はその病名 〔 〕

### 自覚症状について

- 5 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)
- はい いいえ
- あるとお答えの方はその症状 〔 〕

- 6 現在タバコをすっていますか
- はい いいえ