国保　総社市**国民健康保険**　人間ドック給付申請用質問票

1　**太枠**の中を記入してください。

フリガナ:	生 年 月 日
氏　　名:	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日

2　**太枠**の中で，該当する選択肢に〇をしてください。

	質 問 項 目	選 択 肢
1	かかりつけの先生はいますか。 ※1.はい の方は，医療機関名と受診頻度を記入してください。	1. は い　　2. いいえ ↓ 医療機関名(　　) 受 診 頻 度(　　か月に　　回程度)
2	現在，血圧を下げる薬を使用していますか。	1. は い　　2. いいえ
3	現在，インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか。	1. は い　　2. いいえ
4	現在，コレステロール・中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	1. は い　　2. いいえ
5	現在，たばこを習慣的に吸っていますか。	1. は い 2. 以前は吸っていたが，最近1か月は吸っていない 3. いいえ
6	1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上，1年以上実施していますか。	1. は い　　2. いいえ
7	睡眠で休養が十分取れていますか。	1. は い　　2. いいえ
8	生活習慣の改善について，これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	1. は い　　2. いいえ

市確認欄	宛名		国保	岡8-	受診券番号	