質　問　票

被保険者等記号－番号	受診者氏名
－	
日中のご連絡先（電話番号）:	

以下の質問にご回答ください。

No.	質問項目	回答
1	現在、a から c の薬を服用していますか a. 血圧を下げる薬 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	 1：はい　2：いいえ 1：はい　2：いいえ 1：はい　2：いいえ
2	現在、たばこを習慣的に吸っていますか （※「現在、たばこを習慣的に吸っている者」とは、条件1と条件2を両方満たすものである。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	1：はい（条件1と条件2を両方満たす） 2：以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） 3：いいえ（①②以外）
3	これまでにかかった病気(既往歴) □ 特になし □ あり（　　）	
4	自覚症状(最近具合の悪いところ) □ 特になし □ あり（　　）	
5	健診時の採血までの絶食時間	1：10時間以上 2：3.5時間～10時間未満 3：3.5時間未満

※回答がない場合、マイナポータルで健診結果を閲覧出来ない可能性があります。

【お問合せ先】
〒110-8646 東京都台東区東上野 1-7-2
全国印刷工業健康保険組合 保健推進課
電話 03-5834-3180（内線 411～415）