

情報提供基礎データ

こちらに記入し、ご提出ください。

氏名		生年月日	昭和	年	月	日
電話番号		保険証番号	朝霞一			
受診日	令和	年	月	日	受診医療機関	
		医師名				

検査項目		
身体計測	身長	cm
	体重	kg
	BMI	kg/m ²
	腹囲	cm
血圧測定	収縮期(最大)血圧	mmHg
	拡張期(最小)血圧	mmHg

問診項目		
既往歴	なし・あり()	
自覚症状	なし・あり()	
服薬歴	血圧を下げる薬	なし・あり
	インスリン注射または血糖を下げる薬	なし・あり
	コレステロールを下げる薬	なし・あり
喫煙歴	吸わない・吸う	

※健診結果は、保険者等において保存し、必要に応じて保健指導等に活用します。また、データは匿名化され国への健診実施結果として報告されます。