

# 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	
電話番号	
該当するものに ○を付けてくだ さい	

生年月日	昭和 年 月 日
受診日	令和 年 月 日
住所	朝霞市

健診結果		
身体計測	身長	cm
	体重	kg
	腹囲	cm
血圧測定	収縮期(最大)血圧	mmHg
	拡張期(最小)血圧	mmHg
受診医療機関		
医師名		

問診項目		
既往歴	なし・あり( )	
自覚症状	なし・あり( )	
服薬歴 (医師の判断・ 治療のもと)	血圧を下げる薬	はい・いいえ
	血糖を下げる薬又は インスリン注射	はい・いいえ
	コレステロールや 中性脂肪を下げる薬	はい・いいえ
喫煙歴	1. 吸う 2. 以前は吸っていたが最近1か月は吸って いない 3. 吸わない	

※検査結果は、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。  
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。