被保険者本人

問 診 票

健診結果表に添付の上提出下さい → 森永健康保険組合 行

太線枠内をご記入下さい

フリガナ		保険証記号番号	—
氏　名			
会社名		所　　属	
勤務先 TEL	（　　）		

特定保健指導対象者階層化のための問診項目

全項目必須です。　回答欄に、番号をご記入下さい

NO.	質問項目	回答		質問	回答NO
1－3	現在、a から c の薬の使用の有無			1－3	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい　②いいえ	⇒	1	
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい　②いいえ	⇒	2	
3	c. コレステロールを下げる薬	①はい　②いいえ	⇒	3	
8	現在、たばこを習慣的に吸っている（※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「生涯合計で 100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、「最近1ヶ月間も吸っている者」）	①はい　②いいえ	⇒	8	
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか	①はい　②いいえ	⇒	22	

※ 個人情報保護について

今回提供して頂いた情報は、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく、特定保健指導階層化以外の目的には一切使用いたしません

健保使用欄

健診機関名	健診機関番号