**質　問　票**

人間ドック補助金申請用【国保加入者用】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | |  | 記入日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | |
| 生年月日 | | 昭和・平成・令和  　　年　　　月　　　日 | 連絡先TEL |  | |
| 治療中又は今まで治療したことがある病気 | | 高血圧　　糖尿病　　脂質異常症　　心臓病　　肺の病気　　脳卒中  　胃の病気　肝臓病　　貧血　　　　　慢性腎不全  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 自覚症状 | | なし・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 質 問 事 項 | | | | | 回　答 |
| 1 | 今回の人間ドックの前１年間に、健診または、人間ドックを受診しましたか。 | | | | ①はい　②いいえ |
| 「①はい」の場合は、前回の実施年月を記入 | | | | 年　　月 |
| 2 | 血圧を下げる薬を使用していますか。 | | | | ①はい　②いいえ |
| 3 | インスリン注射また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 | コレステロールを下げる薬を使用していますか。 | | | | ①はい　②いいえ |
| 5 | 現在、タバコを習慣的に吸っていますか。 | | | | ①はい　②いいえ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※後期高齢者の方は不要）

**※ここから下は役場確認欄です※**

**≪特定保健指導　階層化　フローチャート≫**

・糖尿病・高血圧・高脂血症で内服治療⇒特定保健指導の対象外。

**※注意事項**

　　　　　　　　　　・65歳以上の方は、積極的支援の対象となった場合でも動機付け支援となる。



