

2026年度 特定健康診査・質問票

保険証番号	地・福島						
氏名							
組合員氏名(所属)	()						
ご連絡先電話番号							

質問内容	回答 ○で囲んでください。
①血圧を下げる薬を使用していますか？	はい いいえ
②インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか？	はい いいえ
③コレステロールを下げる薬を使用していますか？	はい いいえ
④ 現在、たばこを習慣的に吸っていますか？	1. はい 2. いいえ 3. 以前は吸っていたが、最近1ヶ月は吸っていない
④で「はい」と答えた方は下記について記入してください。	
(1) 1日の平均本数 <input type="text"/> <input type="text"/> 本×喫煙年数 <input type="text"/> <input type="text"/> 年＝喫煙指数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
(2) 喫煙開始年齢 <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	
⑤既往歴(病歴)はありますか。	はい いいえ
⑤で「はい」と答えた方は、具体的な既往歴を記入してください。 { }	
⑥自覚症状はありますか。	はい いいえ
⑥で「はい」と答えた方は、具体的な自覚症状を記入してください。 { }	
⑦医師の診察を受け、指摘事項はありましたか。	はい いいえ
⑦で「はい」と答えた方は、具体的な指摘事項を記入してください。 { }	

※ 受診券を利用せず、パート、アルバイト先などで2026年4月1日から2027年3月31日までの間に健康診断を受けた方のみ、受診した健診の結果のコピーと、この質問票を同封している返信用封筒でお送りください(切手不要)。

共済組合で結果を管理し、特定保健指導が必要な方へは後日お知らせをお送りいたします。いただいた個人情報、特定健康診査及び特定保健指導に関する業務以外で使用することはありません。