**質問票**

【記入日】　　　　　年　　　月　　　日

【氏名】

【生年月日】　　　　年　　　月　　　日

該当の選択肢に○をつけてください。

1. **現在、次の薬を服用していますか。**
	1. 血圧を下げる薬

はい　　　　　いいえ

* 1. 血糖を下げる薬又はインスリン注射

はい　　　　　いいえ

* 1. コレステロールや中性脂肪を下げる薬

はい　　　　　いいえ

1. **現在、たばこを習慣的に吸っていますか。**

※（「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計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）

はい　　　　　いいえ