

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

② 血糖を下げる薬又はインスリン注射

はい                      いいえ

③ コレステロールや中性脂肪を下げる薬

はい                      いいえ

2. 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