問　　　　診　　　　票

様式第３号（第５条関係）

生年月日　　　　　　　　　　　年　　月　　日（　　歳）

住　　所

電話番号　　　　　　　　　　－　　　　－

勤務先名

職　　種

以下の質問について、該当する「はい」「いいえ」に○をしてください。

記入日　　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 質　　問　　内　　容 | 回　　　答 |
| 1. いままでに大きな病気にかかったことがありますか
 | はい | いいえ |
| ②それはどんな病気ですか心臓病・脳卒中・高血圧・糖尿病・高脂血症・痛　風・胆　石貧　血・肝臓病・腎臓病・眼科疾患・その他（　　　　　　） |
| ③現在も治療中（服薬中）ですか | はい | いいえ |
| ④現在薬を飲んでいますか | ・血圧を下げる薬 | はい | いいえ |
| ・インスリン注射や血糖値を下げる薬 | はい | いいえ |
| ・コレステロールを下げる薬 | はい | いいえ |
| ・その他治療のための薬 | はい | いいえ |
| ⑤統合失調症、そううつ病、てんかん、その他精神障がい又は発作等による意識障がいがありますか | はい | いいえ |
| ⑥睡眠時無呼吸症候群と診断されたことがありますか  | はい | いいえ |
| ⑦毎日お酒をのみますか | はい | いいえ |

**※⑦で「はい」と回答された方は、キッチンカーを運転する前日は、お酒を控え目にしてください。**