

特定健診問診票(質問票)

※質問項目は全てご回答ください。

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|----------------------------|---|----|---|---|---|------|--|--|--|----------------|-----------------------|
| 受診者情報 | 健康保険 記号・番号／対象者 | | | | | | | | | | 氏 名 | |
| | 記号 | | 番号 | | | | 区分 | | | | フリガナ 漢字 | ケンコウ ハナコ 健康 花子 |
| | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 被扶養者 | | | | | |
| | マイナンバー(健康保険の記号・番号がわからない場合) | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

記入例

| 質 問 項 目 | | 回 答 | |
|---------|--|---|---|
| 1～3 | 現在、aからcの薬の使用の有無(※①) | | |
| 1 | a. 血圧を下げる薬 | <input type="checkbox"/> はい | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
| 2 | b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射 | <input type="checkbox"/> はい | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
| 3 | c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬 | <input type="checkbox"/> はい | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
| 4 | 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
| 5 | 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
| 6 | 医師から、慢性腎臓病や慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
| 7 | 医師から、貧血といわれたことがありますか。 | <input checked="" type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8 | 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。(※1) (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は100本以上吸っている) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ(上記以外) | |
| 9 | 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
| 10 | 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。 | <input checked="" type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 11 | 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。 | <input checked="" type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 12 | ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。 | <input checked="" type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 13 | 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。 | <input checked="" type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない | |
| 14 | 人と比較して食べる速度が速いですか。 | <input type="checkbox"/> 速い <input checked="" type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い | |
| 15 | 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
| 16 | 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。 | <input type="checkbox"/> 毎日 <input checked="" type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない(摂取しない) | |
| 17 | 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
| 18 | お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 (※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者) | <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input checked="" type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない) | |
| 19 | 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれくらいですか。 日本酒1合(アルコール度数 15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・110ml)、ワイン(同14度・約180ml)、 ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml) | <input checked="" type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上 | |
| 20 | 睡眠で休養が十分とれていますか。 | <input checked="" type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 21 | 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。 | <input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内) <input checked="" type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月以上) | |
| 22 | 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |

※① 医師の診断・治療のもとで服薬中のものを指す。