

## 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	ケンコウ ハナコ	
	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)								漢字	健康 花子

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)	
9	20歳時の体重から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、かみにくことがある	
14	人と比較して食べる速度が速いですか。						<input type="checkbox"/> 早い	<input checked="" type="checkbox"/> ふつう	
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	
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	
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	
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"/> 改善するつもりある (概ね6か月以内)	
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 checked="" 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。