

## 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	健康保険証 記号-番号/対象者						氏 名	
	記号		番号				フリガナ	ケンコウ ハナコ
	1	0	1	2	3	4	漢字	健康 花子
被扶養者								

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 type="checkbox"/> 遅い	<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 checked="" type="checkbox"/> はい	<input 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 type="checkbox"/> ほとんど摂取しない(摂取しない)	<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3～4日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> やめた	
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せんか。	<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。