

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	区分	フリガナ	ケンコウ ハナコ		
	1 0 1 2 3 4		被扶養者	漢字	健康 花子		

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、貧血と診断されたり治療し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、「現在までに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者)	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
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 type="checkbox"/> はい	<input checked="" 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とき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
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)を飲む頻度をお答えください。	<input type="checkbox"/> 毎日	<input checked="" type="checkbox"/> 時々
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(180ml)の目安:ビール(500ml)、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input checked="" type="checkbox"/> 0～1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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※① 医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。

お送りいただく健診結果に、下記項目の測定値や健診を実施した医師名の記載がない場合は、こちらにご記入下さい。

身長	体重	腹囲	最高血圧/最低血圧	医師の氏名
cm	kg	cm	/	医師