

特定健康診査問診票

受診者情報

※必ずご記入ください。

被保険者証 記号・番号	記号	番号	保険者番号	06138150	
フリガナ			生年月日 (西暦)	年	月 日
氏名			性別／年齢	男 ・ 女	歳
受診機関名			健診年月日 (西暦)	年	月 日

問診

※1～4は必ずご回答ください。

1	血圧を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	インスリン注射または血糖値を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	中性脂肪やコレステロールを下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	現在、タバコを習慣的に吸っている。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは「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ヶ月間も吸っている者	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、慢性の腎不全にかかっていると言われたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	医師から、貧血と言われたことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input 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 type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上を、1年以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において歩行また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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同姓と比べて、歩く速度は速い方ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	食事を噛んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	<input type="checkbox"/> 何でも噛んで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯茎、噛み合せなど気になる部分があり、噛みにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんど噛めない
14	人と比べて、食べる速度が速い方ですか。	<input type="checkbox"/> 速い <input 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 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"/> 時々 <input type="checkbox"/> 殆ど摂取しない
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 type="checkbox"/> いいえ
18	お酒（清酒・焼酎・ビール・洋酒等）を飲む頻度を教えてください。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 殆ど飲まない(飲めない)
19	飲酒される日の、1日当たりの飲酒量を教えてください。 ※清酒1合（180ml）の目安：ビール中瓶1本（約500ml）／焼酎35度（80ml）／ウイスキーダブル1杯（60ml）／ワイン2杯（240ml）	<input 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合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	<input 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ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1ヶ月以内)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ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ