

「平成 年度・特定健診」質問票

受診日 年 月 日

保険証の記号番号	事業所名	氏名	性・別	年齢
—			男・女	才

※ 受診者本人が次の質問のすべての項目の口欄のいずれかにしをお書きください。
 なお、この質問票は記入の上、健診機関と当組合(コピー可)へご提出ください。

(特定健診A・生活習慣病・人間ドック等共用)

	質 問 項 目	回 答
	現在、aからcの薬の使用の有無	
1-3	1 a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2 b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	3 c. コレステロールを下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input 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 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 type="checkbox"/> いいえ
6	医師から、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)を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医者から貧血といわれたことがある。	<input 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
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<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日以上、1年以上実施	<input 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	<input 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<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	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 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る。	<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(おおむね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(おおむね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"/> すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> すで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
	女性記入欄 生理中ですか。 妊娠中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
23	既往歴について (今までにかかった病気やけががありますか)	()