

特定健康診査質問票

当年度の年度末年齢が40歳以上の方は、本質問票の提出をお願いいたします。

受診者情報	被保険者証 記号番号		生年月日			性別	受診者氏名	
	記号	番号	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	フリガナ	
							漢字	

質問項目		回答	
1~3	現在、aからcの薬の使用の有無 ※医師の判断・治療のもとで服薬中の場合のみ「はい」としてください		
1	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
6	医師から、慢性腎臓病や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"/>	<input type="checkbox"/>
7	医師から、貧血といわれたことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	現在、たばこ(電子タバコを含む)を習慣的に吸っていますか 「現在、習慣的に喫煙している者」とは条件1と条件2を両方満たす者をいいます。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	人と比較して食べる速度が速いですか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ※右記回答の「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をいいます	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 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・約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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	睡眠で休養が十分とれていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>