

# 特定健診問診票

※1 健康保険情報(記号                      番号                      ) 氏名:

※1 健康保険の記号・番号が不明な場合は国のマイナポータルでご確認ください。

該当する項目に  をご記入ください。身長                      cm 体重                      kg 腹囲:(                      )cm 血圧                      /

| No. | 質問項目   | 回答  |
|-----|--|---|
| 1   | 現在、血圧を下げる薬を使用していますか。   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 2   | 現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 3   | 現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。   | <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"/> はい <input 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 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。<br>(※「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。<br>条件1:最近1か月間吸っている<br>条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)                               | <input type="checkbox"/> (はい(条件1と条件2を両方満たす))<br><input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ (条件1:2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 type="checkbox"/> いいえ  |
| 10  | 1回30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。   | <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時間以上実施している。   | <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  | 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 type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる<br><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<br><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。  | <input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い   |
| 15  | 就寝時の2時間以内に夕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  |
| 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"/> ほとんど摂取しない  |
| 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(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。<br>(※「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5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日<br><input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満<br><input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない) |
| 19  | 飲酒日の1日当たりの飲酒量<br>日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安:<br>ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、<br>ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、<br>缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml) | <input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満<br><input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満<br><input type="checkbox"/> 5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せんか。   | <input type="checkbox"/> 改善するつもりはない<br><input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内)<br><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<br><input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)<br><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、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 type="checkbox"/> いいえ  |