

特定健康診査質問票

保険記号	保険番号	被保険者氏名	続柄	受診者氏名

該当する項目に☑ をご記入ください

年 月 日 受付No.

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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
2	現在、血糖を下げる薬の使用またはインスリン注射をしていますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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されたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。（加熱式たばこ、電子たばこを含む） * 習慣的に喫煙の目安：「合計100本以上、または6ヶ月以上吸っている」 かつ 最近1ヶ月間吸っている	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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年以上実施している。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 2: 歯や歯ぐき、かみ合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"/> 3: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"/> 1:速い <input type="checkbox"/> 2:普通 <input type="checkbox"/> 3:遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:時々 <input type="checkbox"/> 3: 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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度は。	<input type="checkbox"/> 1:毎日 <input type="checkbox"/> 2:時々 <input type="checkbox"/> 3: ほとんど飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は。 * 日本酒1合の目安：ビール500ml、焼酎25度（約110ml） （180ml） ウイスキーダブル1杯（約60ml）、ワイン2杯（約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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 2:改善するつもりである（概ね6ヶ月以内） <input type="checkbox"/> 3: 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"/> 4:既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） <input type="checkbox"/> 5: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ