

定・ドック・特	機関No.
被保・被扶	—
	歳

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

No.1～22までの該当する項目に 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いわれたり、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） * 習慣的に喫煙の条件： 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、または合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> ①はい（条件1と条件2を両方満たす） <input type="checkbox"/> ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> ③いいえ（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"/> 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毎日 <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。 （「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もの）	<input type="checkbox"/> ①毎日 <input type="checkbox"/> ⑤月1～3日 <input type="checkbox"/> ②週5～6日 <input type="checkbox"/> ⑥月1日未満 <input type="checkbox"/> ③週3～4日 <input type="checkbox"/> ⑦やめた <input type="checkbox"/> ④週1～2日 <input type="checkbox"/> ⑧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： （アルコール度数15度 180ml） ビール同5度・500ml、焼酎同25度・110ml ワイン同14度・約180ml、ウイスキー同43度・60ml 缶酎ハイ同5度・約500ml、同7度・約350ml	<input type="checkbox"/> ①1合未満 <input type="checkbox"/> ④3～5合未満 <input type="checkbox"/> ②1～2合未満 <input type="checkbox"/> ⑤5合以上 <input type="checkbox"/> ③2～3合未満
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か月以内） <input type="checkbox"/> ③ 近いうちに（概ね1か月以内）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か月未満） <input type="checkbox"/> ⑤:既に改善に取り組んでいる（6か月以上）
22	生活習慣の改善についてここまで特定保健指導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