

特 定 健 康 診 査 質 問 票

(記入日) 年 月 日

(健診日) 西暦 年 月 日

(下記のいずれかに○をお付けください。)

被保険者証	記号	番号	
受診者氏名			男・女
生年月日	昭和	年	月 日 歳

1	血圧を下げる薬をのんでいますか。	① はい ② いいえ	17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	① はい ② いいえ
2	インスリン注射又は血糖を下げる薬をのんでいますか。	① はい ② いいえ	18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか(※「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が、最近1年以上酒類を摂取していない者)。	① 毎日 ② 週5~6日 ③ 週3~4日 ④ 週1~2日 ⑤ 月に1~3日 ⑥ 月に1日未満 ⑦ やめた ⑧ 飲まない(飲めない)
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬をのんでいますか。	① はい 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。	① はい 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。	① はい ② いいえ	19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒1合(15度180ml)の目安: ビール(5度500ml)、焼酎(25度110ml)、ワイン(14度180ml)ウイスキー(43度60ml)、缶チューハイ(5度500ml、7度350ml)	① 1合未満 ② 1~2合未満 ③ 2~3合未満 ④ 3~5合未満 ⑤ 5合以上
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。	① はい ② いいえ			
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	① はい ② いいえ	20	睡眠で休養が十分とれていますか。	① はい ② いいえ
8	現在、煙草を習慣的に吸っていますか。「習慣的」とは、⑦最近1か月間吸っており、かつ、①生涯6か月以上吸っている又は合計100本以上吸っている)	① はい(⑦①両方を満たす) ② 最近1か月は吸っていない(①のみ満たす) ③ いいえ(①②以外)	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。	① 改善するつもりはない ② 改善するつもりである (概ね6か月以内) 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 ④ 既に改善に取り組んでいる (6か月未満) ⑤ 既に改善に取り組んでいる (6か月以上)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	① はい 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年以上実施していますか。	① はい 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ますか。	① はい 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ですか。	① はい 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。	① なんでもかんで食べることができる ② かみあわせが気になり、かみにくい。 ③ ほとんどかめない	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。	① はい ② いいえ
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	① 速い ② ふつう ③ 遅い	23	今までにかかった病気がありますか。(既往歴)	① あり () ② なし
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。	① はい ② いいえ	24	自分の体調が最近不調だと感じたことがありますか(自覚症状)	① あり () ② なし
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。	① 毎日 ② とときどき ③ ほとんどない	25	他覚症状はありますか	① あり () ② なし