

# 質 問 票

健康保険の 記号・番号	-	受診者氏名	
区 分 (いずれかに○)	被保険者・被扶養者(家族)	電 話 番 号	

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、血糖を下げる薬また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）にかかっているとされたり、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）にかかっているとされたり、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されたり、治療（人工透析等）を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から貧血と言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、タバコを習慣的に吸っていますか 【条件1】最近1ヵ月間吸っている 【条件2】生涯で6ヵ月間以上又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> はい(条件1・2両方に該当) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1ヵ月間は吸っていない(条件2のみ該当) <input type="checkbox"/> いいえ(上記以外)
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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において、歩行または同等の身体活動（ストレッチや階段利用など）を1日1時間以上実施していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比べて歩く速度が速いですか	<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 <input type="checkbox"/> 気になる部分（歯や歯ぐき、かみあわせなど）があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない

14	人と比べて、食べる速度が速いですか	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが、週に3回以上ありますか	<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回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒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	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日の飲酒量はどのくらいですか 【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)、ウイスキー(同43度・60ml) 焼酎(同25度・110ml)、ワイン(同14度・180ml) 缶チューハイ(同5度・500ml、同7度・350ml)	<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"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
20	睡眠による休養が十分とれていますか	<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 <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6ヵ月以内) <input type="checkbox"/> 近いうち(概ね1ヵ月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヵ月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヵ月以上)
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
23	現在、自覚症状や気になる症状はありますか	<input type="checkbox"/> はい(症状) <input type="checkbox"/> いいえ
24	これまでにかかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> はい(病名) <input type="checkbox"/> いいえ
25	飲食をしてから何時間経過していますか	<input type="checkbox"/> 3.5時間未満 <input type="checkbox"/> 10時間以上 <input type="checkbox"/> 3.5時間以上10時間未満

※特定保健指導の対象となられた方には、委託業者から案内のお電話をさせていただく場合がございます。