

# 質 問 票

健康保険証 記号・番号	—	受診者氏名	( 歳)
区 分 (いずれかに○)	被保険者 (本人) ・ 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、慢性腎臓病や慢性の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"/> 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 <sup>(※1)</sup> 吸っていますか (※1) これまで100本以上または6ヶ月以上吸っており、最近1ヶ月間も吸っている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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"/> 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 <sup>(※2)</sup> を1日1時間以上実施していますか (※2) ストレッチ、階段の利用など	<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"/> 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 <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（日本酒、焼酎、ビール、洋酒）を飲む頻度はどれくらいですか	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量はどれくらいですか ※日本酒1合（180ml）の目安：ビール500ml・ウイスキーダブル1杯（60ml） 焼酎（25度）110ml・ワイン2杯（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ヶ月以内）に改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる（6ヵ月未満） <input type="checkbox"/> すで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、保健指導を受ける機会があれば利用しますか	<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（ <small>症状</small> ） <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（ <small>病名</small> ） <input type="checkbox"/> いいえ

※特定保健指導の対象となられた方は、皆さん指導を受けていただくこととなります。