

# 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者のうち、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日あたり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えますか	<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

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