

特定健康診査 質問票

受診予定日					

受診者ID							

受診日		団体名	
氏名			
生年月日		歳	コース名

※該当する項目について には、 を記入してください。

No.	質問項目	回答			
	現在①から③の薬を使用していますか？				
1	① 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	② インスリン注射または血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	③ コレステロールを下げる薬	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
2	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"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
3	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞など）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"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
4	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり治療（人工透析）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、貧血といわれたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
6	現在、たばこを習慣的に吸っていますか？ （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは「合計100本以上、または6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者）	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
7	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
8	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週に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
9	日常生活において歩行または同等の身体活動を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
10	同世代の同性と比較して歩く速度が速いですか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
11	この1年間で体重の増減が±3kg以上ありましたか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
12	人と比較して食べる速度が速いですか？	<input type="checkbox"/>	速い	<input type="checkbox"/>	普通 <input type="checkbox"/> 遅い
13	就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上 ありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
14	夕食後に間食（3食以外の夜食）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
15	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
16	アルコールを飲む頻度は？	<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）
17	飲酒日の1日あたりの量は？ ※清酒1合(180ml)の目安 ビール中瓶1本(500ml)、焼酎35度(80ml) ウイスキーダブル1杯(60ml)、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
18	睡眠で休養が得られていますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
19	運動や食生活など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ヶ月以内)		
		<input type="checkbox"/>	近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり少しずつ始めている		
		<input type="checkbox"/>	すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)		
		<input type="checkbox"/>	すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)		
20	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