

# 標準的な質問票

受診者情報	加入者番号		生年月日			性別	受診者氏名	
	記号	番号	年	月	日	男 ・ 女	フリガナ	漢字
			(昭和)					
住所	〒 - ※別紙「特定健診結果記入票」に住所・電話の記入がある場合は、住所・電話欄のみ省略可能です。							
電話	- -							

**★必須項目1～3及び8の4項目については、必ず回答してください。**

他の項目にも回答すると特定保健指導の対象者に該当した場合、より個人に合った指導を受けることができます。

質問項目		回答	
1～3	現在、aからcの薬の使用の有無 ※医師の判断・治療のもとで服薬中の場合のみ「はい」としてください		
★ 必須 項目	1 a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> いいえ
	3 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<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
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	<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いわれたり、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、貧血といわれたことがありますか	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> いいえ
★ 必須 項目	8 現在、たばこ(電子タバコを含む)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」とは条件1と条件2を両方満たす者をいいます。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/>	はい(条件1と条件2を両方満たす)
		<input type="checkbox"/>	以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない(条件2のみ満たす)
		<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	<input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> 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	<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	人と比較し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、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか ※右記回答の「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をいいます	<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日当たりの飲酒量 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)、焼酎(同25度・110ml)、ワイン(同14度・約180ml)、 ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約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	睡眠で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か月以内)
		<input type="checkbox"/>	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
		<input type="checkbox"/>	既に改善に取り組んでいる(6か月未満)
		<input type="checkbox"/>	既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
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