

問診票（補助金請求用）

記号		番号		氏名	
----	--	----	--	----	--

特定健診の質問票

※質問内容に該当する回答に を記入してください。

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、インスリン注射、又は血糖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
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、慢性の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）を受けたことがありますか	<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、たばこを習慣的に吸っていますか (最近1か月間吸っており、合計100本以上、又は6か月以上吸っている)	<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、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、歩く速度は速いですか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
13	食事をかんで食するとき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	<input type="checkbox"/>	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、食べる速度は速いですか	<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、洋酒等）を飲む頻度はどの位ですか	<input type="checkbox"/>	毎日飲む	<input type="checkbox"/>	時々飲む
				<input type="checkbox"/>	ほとんど飲まない
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの位ですか 日本酒1合(180ml)= ビール中瓶1本(500ml) 焼酎25度(110ml) = 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
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(6か月以内)
		<input type="checkbox"/>	すでに改善に取り組んでいる(6か月未満)	<input type="checkbox"/>	すでに改善に取り組んでいる(6か月以上)
				<input type="checkbox"/>	近いうちに(1か月以内)改善するつもりで、少しずつ始めている
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