

問診票（補助金請求用）

記号		番号		氏名	
----	--	----	--	----	--

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">特定健診の質問票</div>		※質問内容に該当する回答に <input checked="" type="checkbox"/> 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、タバコ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	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
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	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
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（清酒、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 酒1合(180ml)=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
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"/> 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 <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)	
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