

特定健康診査質問票

氏名： _____ 様 受診日： _____

該当する項目に または をご記入ください

No.	質問項目	回答
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
6	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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※習慣的に喫煙の目安：「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている」 かつ 最近1ヶ月間吸っている	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
10	1回30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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る。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 1:速い <input type="checkbox"/> 2:普通 <input type="checkbox"/> 3:遅い
15	就寝時の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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回以上ある。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
18	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度は。	<input type="checkbox"/> 1:毎日 <input type="checkbox"/> 2:時々 <input type="checkbox"/> 3:ほとんど飲まない (飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は。 ※清酒1合の目安：ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(約80ml) (180ml) ウィスキーダブル1杯(約60ml)、ワイン2杯(約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る。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 2:改善するつもりである（概ね6ヶ月以内） <input type="checkbox"/> 3: 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"/> 4: 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） <input type="checkbox"/> 5: 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）
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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ