

特定健康診査問診票

(氏名) _____

質問内容		回答欄 (チェックを付けて下さい)	
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射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（人工透析等）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
8	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」とは条件1、2を両方満たす者を指す。 条件1：最近1カ月間吸っている。 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている。	<input type="checkbox"/> はい（条件1、2を両方満たす） <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1カ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> いいえ（条件1、2以外）	
9	20歳の時から体重が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	食事を噛んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	<input type="checkbox"/> 何でも噛んで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、噛み合わせなどに気になる部分があり、噛みにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんど噛めない	
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"/> 遅い	<input type="checkbox"/> ふつう
15	就寝前2時間以内に夕食を摂ることが週に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"/> ほとんど摂取しない	<input type="checkbox"/> 時々
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）を飲む頻度はどれくらいですか。 （※「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）	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 月1～3日 <input type="checkbox"/> やめた	<input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月1日未満 <input type="checkbox"/> 飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は何合ですか。 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・180ml）、ウイスキー（同43度・60ml）、缶酎ハイ（同5度・500ml、同7度・350ml）	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上	<input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 3～5合未満
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はありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ