

# 問 診 票 (特定健康診査の標準的な質問票)



| 受診者情報           |      |    |
|-----------------|------|----|
| 健康保険被保険者証 記号・番号 | フリガナ |    |
| 記号              | 番号   | 名前 |

| 質問項目                                                                                                                                                        | 回 答                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ※ 現在、薬の使用の有無について<br>① 血圧を下げる薬を使用している。                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                  |
| ② 血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している。                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                  |
| ③ コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している。                                                                                                                                 | <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る。                                                                                                                                         | <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る。<br>※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6か月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者)                                                                     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                  |
| ⑨ 20歳の時の体重から10kg以上増加している。                                                                                                                                   | <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年以上実施している。                                                                                                                        | <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る。                                                                                                                        | <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。                                                                                                                                    | <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。<br>1、何でもかんで食べることができる<br>2、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<br>3、ほとんどかめない                                                      | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3                                                          |
| ⑭ 人と比較して食べる速度が速い。                                                                                                                                           | <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回以上ある。                                                                                                                               | <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回以上ある。                                                                                                                                         | <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                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <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<br>日本酒1合(180ml)の目安:ビール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<br><input type="checkbox"/> 3合以上            |
| ⑳ 睡眠で休養が十分とれている。                                                                                                                                            | <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。<br>1、改善するつもりはない 2、改善するつもりである(概ね6か月以内)<br>3、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<br>4、既に改善に取り組んでいる(6か月未満) 5、既に改善に取り組んでいる(6か月以上) | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3<br><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 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                                                                                  |

1. ※印は必須項目となりますので必ずご回答ください。

また他の項目についても、保健指導対象者への指導内容をより個人に合ったものとして提供することができますので、できるだけ多くの質問項目に回答をお願いいたします。

2. この問診票は、受診医療機関から要請がある場合は事前に作成し、医療機関に提出してください。

3. 医療機関へのお願い…健診結果をペーパーでご報告の場合は、健診結果報告と共にこの写しを同封し、送付してください。

H30.04