

記号		被保険者氏名	
番号		受診者氏名	

## 健康調査票（特定健診）

問診票		※各項目の該当する□の中に○を記入して下さい。		
1 血圧を下げる薬を飲んでいますか。 <div style="float: right; text-align: center;">             はい <input type="checkbox"/>    いいえ <input type="checkbox"/> </div>	14 人と比較して食べる速度が速い。 <div style="float: right; text-align: center;">             速い <input type="checkbox"/>    ふつう <input type="checkbox"/>    遅い <input type="checkbox"/> </div>			
2 インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいますか。 <div style="float: right; text-align: center;">             はい <input type="checkbox"/>    いいえ <input type="checkbox"/> </div>	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。 <div style="float: right; text-align: center;">             はい <input type="checkbox"/>    いいえ <input type="checkbox"/> </div>			
3 コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。 <div style="float: right; text-align: center;">             はい <input type="checkbox"/>    いいえ <input type="checkbox"/> </div>	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。 <div style="float: right; text-align: center;">             毎日 <input type="checkbox"/>    時々 <input type="checkbox"/>    ほとんど摂取しない <input type="checkbox"/> </div>			
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。 <div style="float: right; text-align: center;">             はい <input type="checkbox"/>    いいえ <input type="checkbox"/> </div>	17 朝食を抜くことが週に3回以上ある。 <div style="float: right; text-align: center;">             はい <input type="checkbox"/>    いいえ <input type="checkbox"/> </div>			
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。 <div style="float: right; text-align: center;">             はい <input type="checkbox"/>    いいえ <input type="checkbox"/> </div>	18 お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度 <div style="float: right; text-align: center;">             毎日 <input type="checkbox"/>    週5~6日 <input type="checkbox"/>    週3~4日 <input type="checkbox"/>    週1~2日 <input type="checkbox"/>              月1~3日 <input type="checkbox"/>    月1日未満 <input type="checkbox"/>    やめた <input type="checkbox"/>    飲まない <input type="checkbox"/> </div>			
6 医師から、慢性肝臓病や肝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。 <div style="float: right; text-align: center;">             はい <input type="checkbox"/>    いいえ <input type="checkbox"/> </div>				
7 医師から、貧血といわれたことがある。 <div style="float: right; text-align: center;">             はい <input type="checkbox"/>    いいえ <input type="checkbox"/> </div>	19 飲酒日の1日当たりの飲酒量 <div style="float: right; text-align: center;">             1合未満 <input type="checkbox"/>    1~2合 <input type="checkbox"/>    2~3合 <input type="checkbox"/>              ※日本酒1合(180ml)の目安：              ビール中瓶1本(約500ml)              焼酎25度1杯(110ml)              ウイスキーダブル1杯(60ml)              ワイン2杯(240ml)           </div>			
8 現在、たばこを習慣的に吸っている。※ 「現在、たばこを習慣的に吸っている」方とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 ・条件1:最近1か月間吸っている ・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 <div style="float: right; text-align: center;">             はい <input type="checkbox"/>    いいえ <input type="checkbox"/>  <small>以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない ※条件2のみ該当</small> </div>	20 睡眠で休養が十分得られている。 <div style="float: right; text-align: center;">             はい <input type="checkbox"/>    いいえ <input type="checkbox"/> </div>			
9 20歳の時の体重から10kg以上増加している。 <div style="float: right; text-align: center;">             はい <input type="checkbox"/>    いいえ <input type="checkbox"/> </div>	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。 <div style="float: right; text-align: center;">             ① <input type="checkbox"/>              ② <input type="checkbox"/>              ③ <input type="checkbox"/>              ④ <input type="checkbox"/>              ⑤ <input type="checkbox"/> </div>			
10 1日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。 <div style="float: right; text-align: center;">             はい <input type="checkbox"/>    いいえ <input type="checkbox"/> </div>				
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。 <div style="float: right; text-align: center;">             はい <input type="checkbox"/>    いいえ <input type="checkbox"/> </div>				
12 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。 <div style="float: right; text-align: center;">             はい <input type="checkbox"/>    いいえ <input type="checkbox"/> </div>				
13 食事をかんで食べる時の状態はどれに当てはまりますか。 <div style="float: right; text-align: center;">             ① <input type="checkbox"/>              ② <input type="checkbox"/>              ③ <input type="checkbox"/> </div>				
①なんでも食べることができる	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がありますか。 <div style="float: right; text-align: center;">             はい <input type="checkbox"/>    いいえ <input type="checkbox"/> </div>			
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	23 食後、どの位たっていますか。（健診当日） <div style="float: right; text-align: center;">             3.5時間未満 <input type="checkbox"/>    3.5~10時間 <input type="checkbox"/>    10時間以上 <input type="checkbox"/> </div>			
③ほとんどかめない				