

|               |
|---------------|
| 受診者名          |
| 住所 〒          |
| 電話番号・Eメールアドレス |

Eメールアドレスはいつも利用しているアドレスをご記入ください。①特定健康診査確認票+②質問票+③健診結果コピーを健保組合にご提出ください。

| 質問項目                                       |  | 回答   |
|--|--|--|
| 1～3 現在、aからcの薬の使用の有無(医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。) |  |  |
| 必須項目                                       | 1 a. 血圧を下げる薬   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ   |
|  | 2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ   |
|  | 3 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬   | <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   |
| 必須項目                                       | 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、「現在までに合計100本以上、又は6ヶ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分以上の汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施  | <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  | <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。   | <input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる<br><input type="checkbox"/> 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><input type="checkbox"/> ほとんどかめない  |
| 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<br><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<br><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<br><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  | <input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満  |
|  | 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"/> 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"/> 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<br><input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内)<br><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<br><input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満)<br><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   |