

特定健康診査 質問票

記入日 年 月 日

保険証記号番号	—	受診者氏名	
住 所	〒 — 電話番号 () —		

番号	質問項目	回答 (いずれかに○)
	採血時間は最後の飲食後、何時間たっていましたか。	①3.5時間未満 ②3.5時間以上10時間未満 ③10時間以上
1-1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	①はい ②いいえ
1-2	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。	①はい ②いいえ
1-3	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。	①はい 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。	①はい 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。	①はい ②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。	①はい ②いいえ
7	医師から貧血と言われたことがありますか。	①はい ②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と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	①はい（条件1と条件2を両方満たす） ②以前は吸っていたが、最近1ヶ月は吸っていない（条件2を満たす） ③いいえ（①・②以外）
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	①はい ②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。	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	①はい 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ですか。	①はい ②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。	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなどが気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	①速い ②普通 ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週3回以上ありますか。	①はい ②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。	①毎日 ②ときどき ③ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	①はい ②いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどの程度ですか。 (※「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)	①毎日 ②週5～6日 ③週3～4日 ④週1～2日 ⑤1～3日/月 ⑥1日未満/月 ⑦やめた ⑧飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量はどのくらいですか。 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・約110ml） ワイン（同14度・約180ml） ウイスキー（同43度・60ml） 缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	①はい 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すか。	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ヶ月以内） ③近いうち（概ね1ヶ月以内）に改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） 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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか？	①はい ②いいえ
23	既往歴について、今までに治療したことのある病気がある場合は記入してください。	①あり() ②なし
	自覚症状について、所見がある場合は記入してください。	①あり() ②なし
	他覚症状について、所見がある場合は記入してください。	①あり() ②なし