

＊特定健診問診票＊

記号	番号	氏名
----	----	----

以下の質問にお答えください。該当するものに☑をしてください。

既往歴・現在の症状	日頃、医師から処方された薬を飲んでいますか。	
	・ 血圧を下げる薬	☐ はい ☐ いいえ
	・ 血糖を下げる薬またはインスリン注射	☐ はい ☐ いいえ
	・ コレステロールや中性脂肪を下げる薬	☐ はい ☐ いいえ
	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。	☐ はい ☐ いいえ
	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。	☐ はい ☐ いいえ
	医師から、慢性の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。	☐ はい ☐ いいえ
	医師から、貧血と言われたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
	上記以外の病気で治療を受けたことがありますか(既往歴)。	☐ はい ☐ いいえ (病名:)
	自覚症状はありますか。	☐ はい ☐ いいえ (症状:)
たばこ	喫煙習慣について、以下の①②に当てはまりますか。 ①最近1か月間吸っている。 ②生涯で6か月間以上吸っている、または合計100本以上吸っている。	
	☐ ①②両方に当てはまる ☐ ②のみ当てはまる ☐ どちらにも当てはまらない	
体重	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	
	☐ はい ☐ いいえ	
運動	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。	
	☐ はい ☐ いいえ	
	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。	
	☐ はい ☐ いいえ	
	ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度は速いですか。	
	☐ はい ☐ いいえ	

食事	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。	☐ 何でもかんで食べることができる ☐ 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 ☐ ほとんどかめない
	人と比較して食べる速度が速いですか。	☐ 速い ☐ 普通 ☐ 遅い
	就寝前の2時間以内に夕食をとることが、週3回以上ありますか。	☐ はい ☐ いいえ
	朝昼夜の3食以外に、間食や甘い飲み物を摂取していますか。	☐ 毎日 ☐ 時々 ☐ ほとんど摂取しない
	朝食を抜くことが、週3回以上ありますか。	☐ はい ☐ いいえ
お酒	お酒を飲む頻度はどのくらいですか。 ※「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。	☐ 毎日 ☐ 週5～6日 ☐ 週3～4日 ☐ 週1～2日 ☐ 月1～3日 ☐ 月に1日未満 ☐ やめた ☐ 飲まない(飲めない)
	飲酒日の1日当たりの飲酒量 ※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)	☐ 1合未満 ☐ 1～2合未満 ☐ 2～3合未満 ☐ 3～5合未満 ☐ 5合以上
睡眠	睡眠で休養が十分とれていますか。	☐ はい ☐ いいえ
生活習慣	運動や食習慣等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	☐ 改善するつもりはない ☐ 改善するつもりである(概ね6か月以内) ☐ 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 ☐ 既に始めている(6ヶ月未満) ☐ 既に始めている(6ヶ月以上)
	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。	☐ はい ☐ いいえ

＊特定健診結果を健保組合に提出する際には、必ず提出して下さい。2024.4

＊特定健診・特定保健指導以外の業務には使用いたしません。