

特定健診等質問票 (太枠内を記入)

記号と番号	記号:	番号:	受診者氏名	回答日	年 月 日
-------	-----	-----	-------	-----	-------

1-3	現在、aからcの薬を使用していますか	回答 (該当するものに☑してください)
1	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ
2	b. 血糖を下げる薬またはインスリン注射	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.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"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ
4	医師から脳卒中 (脳出血、脳梗塞等) にかかっていると言われたり治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ
5	医師から心臓病 (狭心症、心筋梗塞等) にかかっていると言われたり治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 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言われたり治療 (人工透析等) を受けていますか	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ
7	医師から貧血と言われたことがありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ
8	現在、たばこ (加熱式・電子たばこを含む) を習慣的に吸っている (※1) (※1)「現在、たばこを習慣的に吸っている」とは以下 ①・②の両方を満たす状態 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	<input type="checkbox"/> 1.はい (①・②の両方を満たす) <input type="checkbox"/> 2. 以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない (②のみ満たす) <input type="checkbox"/> 3. いいえ
9	20歳のときの体重から10kg以上増加している	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかき運動を週2日以上、1年以上実施している	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 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る	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ
13	食事をかんで食べるときの状態は、どれにあてはまりますか	<input type="checkbox"/> 1.何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3. 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"/> 1.速い <input type="checkbox"/> 2. ふうつ <input type="checkbox"/> 3. 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"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 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る	<input type="checkbox"/> 1.毎日 <input type="checkbox"/> 2. 時々 <input type="checkbox"/> 3. ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ
18	お酒 (日本酒、焼酎、ビール、洋酒等) を飲む頻度はどのくらいですか (※2)「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	<input type="checkbox"/> 1.毎日 <input type="checkbox"/> 2. 週5~6日 <input type="checkbox"/> 3. 週3~4日 <input type="checkbox"/> 4. 週1~2日 <input type="checkbox"/> 5. 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 6. 月に1日未満 <input type="checkbox"/> 7. やめた (※2) <input type="checkbox"/> 8. 飲まない (飲めない)
19	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)	<input type="checkbox"/> 1. 1合未満 <input type="checkbox"/> 2. 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 3. 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 4. 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5. 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 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せんか	<input type="checkbox"/> 1. 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 2. 改善するつもりである (概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 3. 近いうち (概ね1か月以内) に改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 4. 既に改善に取り組んでいる (6か月未満) つもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 5. 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、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ