

# 特定健康診査 質問票

本質問票は、健診結果と一緒に  
健康保険組合へ送付ください

(下記内容はすべて必須となりますので、太枠内 記入モレのないようお願いいたします)

被保険者等	記号		番号				
受診者名	(フリガナ: )						続柄
							<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
生年月日	西暦		年	月	日生	(	才)
住所	〒						
TEL	上記受診者と日中連絡の可能な連絡先 (携帯可)						

健診受診日	
西暦	
	年 月 日

健保使用欄	
受付日	<input type="checkbox"/> 健診結果表 <input type="checkbox"/> 特保 S <input type="checkbox"/> ドック S <input type="checkbox"/> ( )

\* 質問 1~22 全て回答ください。(該当する回答に  してください)

	質問項目	回答欄
1	現在、「血圧」を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、「インスリン注射」または「血糖」を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、「コレステロール」や「中性脂肪」を下げる薬を服用していますか	<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「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	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」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている人」であり、最近1ヶ月間も吸っている人	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない <input type="checkbox"/> いいえ
8	医師から、「貧血」といわれたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	20才の時の体重から10kg以上増加していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

→裏面に続く

	質問項目	回答欄
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動(*1)を週2日以上、1年以上継続して行っていますか  <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">           (*1) 余暇時間に目的を持って行う身体活動            (例: ウォーキングやジョギング、ランニング、体操など各種スポーツ、体カづくり等)         </div>	<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(*2)を1日1時間以上(*3)行っていますか  <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">           (*2) 家事、仕事、移動等の日常生活での歩行や運動            (*3) 歩数に換算すると1日8,000歩相当         </div>	<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と思いますか	<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 <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 <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
15	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 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
16	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17	睡眠で休養が十分とれていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	人と比較して食べる速度が速いと思いますか	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふう <input type="checkbox"/> 遅い
19	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか  <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">           「やめた」とは、過去月1回以上の習慣的な飲酒歴があった人が、最近1年以上酒類を摂取していない人         </div>	<input type="checkbox"/> 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"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)
20	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか  <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">           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)         </div>	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
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	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内) <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 <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) <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、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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

質問は以上です。 健診結果と一緒に 健康保険組合 へ送付ください。

【 送付先 : 492-8153 愛知県稲沢市井之口町中四反畑 4500 豊田合成健康保険組合 】