

# 特定健康診査質問票

(特定保健指導の判定に必要な重要な質問ですので、正確にお答えください。)

|            |    |    |
|------------|----|----|
|            | 記号 | 番号 |
| 被保険者の記号・番号 |    |    |
| 受診者氏名      |    |    |

|    | 質 問 項 目                                                                                                                                | 回 答                     |            |         |            |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------|---------|------------|
| 1  | 血圧を下げる薬を飲んでいますか                                                                                                                        | はい                      | いいえ        |         |            |
| 2  | 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                                                                                                              | はい                      | いいえ        |         |            |
| 3  | コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか                                                                                                              | はい                      | いいえ        |         |            |
| 4  | 脳出血・脳梗塞等と診断されたり、治療を受けたことはありますか                                                                                                         | はい                      | いいえ        |         |            |
| 5  | 狭心症・心筋梗塞等と診断されたり、治療を受けたことはありますか                                                                                                        | はい                      | いいえ        |         |            |
| 6  | 慢性腎臓病や腎不全と診断されたり、人工透析等を受けていますか                                                                                                         | はい                      | いいえ        |         |            |
| 7  | 医師から貧血と言われたことはありますか                                                                                                                    | はい                      | いいえ        |         |            |
| 8  | 現在、たばこを吸っていますか                                                                                                                         | はい                      |            |         |            |
|    |                                                                                                                                        | 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない |            |         |            |
|    |                                                                                                                                        | いいえ                     |            |         |            |
| 9  | 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        |         |            |
| 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                                                                                                    | はい                      | いいえ        |         |            |
| 11 | 日常生活において歩行又は同等の身体運動を1日1時間以上実施していますか                                                                                                    | はい                      | 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                                                                                                               | はい                      | いいえ        |         |            |
| 13 | 食事を噛んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか                                                                                                              | 何でも噛める                  | 噛みにくいことがある | ほぼ噛めない  |            |
| 14 | 人と比較して食べる速度が速いですか                                                                                                                      | 速い                      | ふつう        | 遅い      |            |
| 15 | 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか                                                                                                          | はい                      | 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                                                                                                             | 毎日                      | 時々         | ほぼ摂取しない |            |
| 17 | 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか                                                                                                                    | はい                      | いいえ        |         |            |
| 18 | お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか                                                                                                      | 毎日                      | 週5～6日      | 週3～4日   | 週1～2日      |
|    |                                                                                                                                        | 月に1～3日                  | 月に1日未満     | やめた     | 飲まない(飲めない) |
| 19 | 飲酒日の1日当たりの飲酒量<br>【日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)=ビール(同5度・約500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14・180ml、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・350ml)】 | 1合未満                    | 1～2合未満     | 2～3合未満  |            |
|    |                                                                                                                                        | 3～5合未満                  | 5合以上       |         |            |
| 20 | 睡眠で休養が十分とれていますか                                                                                                                        | はい                      | 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                                                                                                             | いいえ                     | いずれ改善      | すぐ改善    |            |
|    |                                                                                                                                        | 改善開始                    | 改善中        |         |            |
| 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?                                                                                                   | はい                      | いいえ        |         |            |

※この質問票に記載されている個人情報の保護を厳守し、保健事業を推進するための目的以外には使用いたしません。

※質問項目に未記入があった時は、お電話で確認させていただく場合がございますので、ご了承ください。