

特定健康診査質問票

記号 _____ 番号 _____ 氏名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

○1つの質問に対して回答は1つ選んでください。(複数回答は不可)

No.	質問事項	回答(☑を記入)
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
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。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ
3	現在、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。	<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)にかかっているといわれたり、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)にかかっているといわれたり、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(人工透析など)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る。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> 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ヶ月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	<input type="checkbox"/> ①はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> ②以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> ③いいえ(①②以外)
9	20歳の時の体重から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く運動を週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又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時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普通 <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ますか。	<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、洋酒など)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)	<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 <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、同7度・約350ml)	<input type="checkbox"/> ①1合未満 <input type="checkbox"/> ②1~2合未満 <input type="checkbox"/> ③2~3合未満 <input type="checkbox"/> ④3~5合未満 <input type="checkbox"/> ⑤5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	<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ヶ月以内) <input type="checkbox"/> ③近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> ④既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ