

# 特定健診結果送付票(質問票)

令和 年 月 日提出

保険証	記号	番号	氏名	(フリガナ)
事業所名				
生年月日	昭和	年	月	日
性別	男・女			
住所・電話番号	〒 日中のご連絡先電話番号 - - ※内容確認のため、ご連絡させていただく場合がございます。			

※以下は健康診断結果票に記載がある事項は記入不要です。

健診受診日	令和	年	月	日	健診機関名
既往歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )			
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )			
他覚症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )			

質問項目		回答(該当するものにチェック)
1	現在、血圧を下げる薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、血糖を下げる薬を飲んでいますか 又は インスリン注射を使用していますか	<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飲んでいますか	<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)にかかっていると言われたり、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)にかかっていると言われたり、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言われたり、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	医師から、貧血と言われたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか (現在、習慣的に吸っている者)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ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	① <input type="checkbox"/> はい(条件1・2両方を満たす) ② <input type="checkbox"/> 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) ③ <input type="checkbox"/> いいえ(①②以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施していますか	<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を1日1時間以上実施していますか	<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ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	食事を噛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"/> 何でも噛んで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、噛みあわせなどに気になる部分があり、噛みにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんど噛めない
14	人と比較して食べる速度が速いですか	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどの程度ですか (※「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"/> 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)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量	<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 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)
20	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
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"/> 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ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 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"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ