

特定健康診査 問診票		保険証記号・番号			
事業所名		氏 名			
質問内容			回答欄 (チェックをつけて下さい)		
1	医師の診断・治療のもとで血圧を下げる薬を服用している。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
2	医師の診断・治療のもとで血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
3	医師の診断・治療のもとでコレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用している。		<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る。		<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）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。		<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）を受けている。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがある。		<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、習慣的に喫煙している者」とは、条件1条件2を両方満たす者である。条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）		<input type="checkbox"/> はい（条件1.2両方満たす）		
			<input type="checkbox"/> 最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす）		
			<input type="checkbox"/> いいえ（上記以外）		
9	20歳の時の体重から10キロ以上増加している。		<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日以上、1年以上実施している。		<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る。		<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。		<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	<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	人と比較して食べる速度が速い。		<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回以上ある。		<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"/> 殆ど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。		<input type="checkbox"/> 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"/> 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日あたりの飲酒量		<input type="checkbox"/> 1合未満	<input type="checkbox"/> 3-5合未満	
	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110ml）、ウイスキー（同43度60ml）、ワイン（同14度約180ml）、缶チューハイ（同5度約500ml、同7度約350ml）		<input type="checkbox"/> 1-2合未満	<input type="checkbox"/> 5合以上	
			<input type="checkbox"/> 2-3合未満		
20	睡眠で休養は十分にとれている。		<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	