

# 特定健康診査問診票

問診票の太枠内  をご記入の上、実施機関に提出してください。

フリガナ		性別		生年月日	年齢
氏名		1. 男 2. 女	昭和	年 月 日	歳
住 所				電話番号	
射水市					

No.	質問項目	回 答	
1	血圧を下げる薬を使用していますか。	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使用していますか。	は い	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。	は い	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。	は い	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。	は い	いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	は い	いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （「月に合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者）	は 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活動を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
既往症 右の病気にかかったことがあれば○をつけてください		なし	1. 高血圧 2. 低血圧 3. 不整脈 4. 脂質異常症 5. 高尿酸血症 6. 腎不全以外の腎疾患 7. 糖尿病 8. 肝臓病 9. 胃・十二指腸潰瘍 10. うつ 11. 骨粗しょう症 12. ガン
自覚症状 右に該当するものがあれば○をつけてください		なし	1. 頭痛・耳鳴り 2. めまい 3. いつも調子が悪い 4. 手足のしびれ・まひ 5. 舌のもつれ 6. 息切れ 7. 動悸（脈のみだれ） 8. 胸痛（胸のしめつけ） 9. むくみ 10. 意識を失った
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。	1. 何でもかめる	2. 時々かめない 3. ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	1. 速い	2. 普通 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。	1. 毎日	2. 時々 3. ほとんど摂らない
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。	1. 毎日飲む	2. 時々飲む 3. ほとんど飲まない
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒1合(180ml)の目安：ビール(500ml)、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1. 「1合未満」	2. 「1～2合未満」 3. 「2～3合未満」 4. 「3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えますか。	1. 思わない(なし)	2. 思う(あり)6ヶ月以内 3. 思う(あり)近いうちに 4. すでに取り組み済み(6ヶ月未満) 5. すでに取り組み済み(6ヶ月以上)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	は い	いいえ

健診医療機関×モ欄