

健康診断問診票

被 保 険 者 証	記号		氏名		生年 月日	昭和・平成	年	月	日	健診日	平成・令和	年	月	日
	番号		続柄		事業所名称	[電話] — —								

質問8, 9, 18, 19については20歳以上が対象

	質問事項	回答
	腹囲の数値をご記入ください。	cm
1	血圧を下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
2	インスリン注射を使用又は血糖を下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
3	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"/> 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いわれたり、治療(人工透析)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、貧血といわれたことがある。	<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る。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「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)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
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	<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	<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. ふつう <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	<input type="checkbox"/> 1. 毎日 <input type="checkbox"/> 2. 時々 <input type="checkbox"/> 3. ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安:ビール500ml、 焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブルー杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/> 1. 1合未満 <input type="checkbox"/> 2. 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 3. 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 4. 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	<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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
23	既往歴について	<input type="checkbox"/> 1. ある <input type="checkbox"/> 2. 特になし
24	自覚症状について	<input type="checkbox"/> 1. ある <input type="checkbox"/> 2. 特になし
25	他覚症状について	<input type="checkbox"/> 1. ある <input type="checkbox"/> 2. 特になし