

特定健康診査用問診票

受診月日 令和 年 月 日

住所	〒 ー		特定健康診査受診券整理番号	
氏名	フリガナ		被保険者証番号	
	様		記号 岩見沢 番号	
月生日年	昭和 年 月 日	歳	電話	自宅() ー 職場()
	1:男 2:女			世帯主

1. 食事(間食含む)をしてから、どのくらい時間が経過していますか。 1:食後10時間以上 2:食後3.5時間以上10時間未満 3:食後3.5時間未満	
2. 最近、気になる症状はありますか。(なし・あり) 「あり」の方は該当する項目に○をつけてください。 1:動悸、息切れ 7:手足のしびれ 2:脈の乱れ 8:舌のもつれ 3:胸がしめつけられる 9:長く続く頭痛 4:胸が痛い 10:手足のむくみ 5:胸の重苦しい感じ 11:のどが渇く 6:意識を失った 12:その他 ()	3. 現在治療中の病気はありますか。(なし・あり) 「あり」の方は該当する項目に○をつけてください。 1:高血圧 7:高脂血症 12:骨粗鬆症 2:脳卒中 8:痛風 13:うつ 3:肝臓病 9:貧血 14:その他 () 4:心臓病 10:白内障 5:糖尿病 11:緑内障 6:腎臓病 病院
4. 現在、下記の薬を使っていますか。 ① 血圧を下げる薬 はい ₁ いいえ ₂ ② インスリン注射または 血糖を下げる薬 はい ₁ いいえ ₂ ③ コレステロールや中性脂肪を下げる薬 はい ₁ いいえ ₂	5. 医師から下記の病気にかかっているといわれたり、 治療を受けていますか。 ① 脳卒中(脳梗塞・脳出血等) はい ₁ いいえ ₂ ② 心臓病(狭心症・心筋梗塞等) はい ₁ いいえ ₂ ③ 慢性腎臓病や腎不全または人工透析 はい ₁ いいえ ₂ ④ 貧血 はい ₁ いいえ ₂
6. 生活習慣について ① 喫煙について 1:以前から吸わない 2:以前は吸っていたが今は吸わない 3:現在喫煙している 2、3の方はご記入ください 1日の喫煙本数は()本・喫煙歴()年 ② 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。 はい ₁ いいえ ₂ ③ 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上続けていますか。 はい ₁ いいえ ₂ ④ 日常生活において、歩行または同等の身体活動を1日1時間以上行っていますか。 はい ₁ いいえ ₂ ⑤ 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 ₁ いいえ ₂ ⑥ 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:何でもかんで食べることができる 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 3:ほとんどかめない ⑦ 人と比較して食べる速度が速いと思いますか。 速い ₁ 普通 ₂ 遅い ₃ ⑧ 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 ₁ いいえ ₂ ⑨ 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:ほとんど摂取しない ⑩ 朝食を抜くことが、週に3回以上ありますか。 はい ₁ いいえ ₂ ⑪ お酒(日本酒・焼酎・ビール・洋酒など)は飲みますか。 1:毎日 2:時々 3:ほとんど飲まない(飲めない) ⑫ ⑪で「毎日」「時々」の方、1日に飲む量はどれくらいですか。(時々飲む方は、飲む日の量をお答えください) 日本酒1合(180ml)=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 ⑬ 睡眠で休養が十分にとれていますか。 はい ₁ いいえ ₂	
7. 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。 1:改善するつもりはない 2:改善するつもり(概ね6か月以内) 3:近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりで、少しずつ始めている 4:すでに改善に取り組んでいる(6か月未満) 5:すでに改善に取り組んでいる(6か月以上)	
8. 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 ₁ いいえ ₂	

◎お客様の情報は、特定健診及び特定保健指導以外の目的には使用いたしません。