

## 【特定健康診査 質問票】

記入日 令和 年 月 日

氏名

各質問項目について、あてはまる内容に「☒」を入れてください。

| 質問項目 | 回答                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | 現在 1)から 3)までのいずれかの薬を飲んでいますか。<br>1)血圧を下げる薬 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>2)血糖を下げる薬またはインスリン注射 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>3)コレステロールまたは中性脂肪を下げる薬 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2    | 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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                             |
| 3    | 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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                            |
| 4    | 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、治療を受けていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                     |
| 5    | 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                                                                                                                                                                                           |
| 6    | 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。<br>※「習慣的」とは、「生涯で 6 か月以上または合計 100 本以上吸っている」かつ「最近 1 か月間吸っている」場合です。<br><input type="checkbox"/> 吸っている<br><input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが最近 1 か月<br>は吸っていない<br><input type="checkbox"/> 吸っていない                                                    |
| 7    | 20 歳の時の体重から 10 kg 以上増加していますか。 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない                                                                                                                                                                           |
| 8    | 1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 回以上、1 年以上していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                    |
| 9    | 日常生活において歩行または同等の身体活動を 1 日 1 時間以上していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                     |
| 10   | ほぼ同じ年齢の銅製の方と比べて歩く速度が速い方ですか。 <input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 速くない                                                                                                                                                                                |
| 11   | 食事を噛んで食べる時の状態は、どれにあてはまりますか。<br><input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる<br><input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、噛み合わせなど<br>気になる部分があり、噛みにくい<br>ことがある<br><input type="checkbox"/> ほとんど噛めない                                                                                   |
| 12   | 人と比べて食べるのが速い方ですか。 <input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い                                                                                                                                                               |

|    |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13 | 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"/> ある <input type="checkbox"/> ない                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 14 | 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<br><input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない                                                                                                                                                                                                                                       |
| 15 | 朝食を食べないことが週3回以上ありますか。                                                                     | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 16 | 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。<br>※「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方のうち、最近1年以上お酒を摂取していない方 | <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6回<br><input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2回<br><input type="checkbox"/> 月に1～3日<br><input type="checkbox"/> 月に1日未満<br><input type="checkbox"/> やめた<br><input type="checkbox"/> 飲まない・飲めない                                                             |
| 17 | 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれくらいですか。                                                                   | <input type="checkbox"/> 1合未満<br><input type="checkbox"/> 1～2合未満<br><input type="checkbox"/> 2～3合未満<br><input type="checkbox"/> 3合以上                                                                                                                                                                                                |
| 18 | 睡眠で十分休養がとれていますか。                                                                          | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 19 | 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。                                                               | <input type="checkbox"/> 改善するつもりはない<br><input type="checkbox"/> 改善するつもりである<br>（概ね6か月以内）<br><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<br><input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる<br>（6か月未満）<br><input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる<br>（6か月以上）                                                                    |
| 20 | 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                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 21 | 最近（1年以内）下記のように感じることはありませんか。                                                               | <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ<br><input type="checkbox"/> 顔・足のむくみ<br><input type="checkbox"/> 言葉のもつれ<br><input type="checkbox"/> 脈の乱れ<br><input type="checkbox"/> 意識を失う<br><input type="checkbox"/> のどがよくかわく<br><input type="checkbox"/> 胸の痛み・しめつけ<br><input type="checkbox"/> めまい・立ちくらみ<br><input type="checkbox"/> 手足の麻痺（しびれ除く） |