

特定健診用問診票

※市役所記入欄
(世帯番号: 個人コード:)

| | | | | | | |
|------------|------|-------|-------|---|--------------------------------|-------|
| 受診者(記入者) | | | | | 記入日 | 年 月 日 |
| 氏名 | 生年月日 | 年 月 日 | 年齢 | 歳 | | |
| 受診した健診について | | 受診日 | 健診の種類 | | 事業主健診(労働安全衛生法)・学校職員健診(学校保健安全法) | |

(問診項目)

| | | |
|--|---|---|
| 1 現在、下記の薬を服用していますか。 | | |
| <input type="checkbox"/> ①血圧を下げる薬 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ / <input type="checkbox"/> 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 / <input type="checkbox"/> ③コレステロールや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(脳出血や脳梗塞など)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(狭心症や心筋梗塞など)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・腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けたことがありますか。 | <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りますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6 最近1か月間、たばこを吸っている。(1日 本 / 歳より) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7 20歳のときの体重から10kg以上増加した。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施している。 | <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時間以上実施している。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 10 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度は速い。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 11 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"/> 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 | | |
| 12 人と比較して食べる速度が速い。 | <input type="checkbox"/> 速い | <input type="checkbox"/> 普通 <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回以上ある。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 14 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物をとることがありますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 15 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 |
| 16 お酒を飲む頻度 | <input type="checkbox"/> 毎日 | <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない |
| 17 飲酒日の1日あたりの飲酒量 <small>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)</small> | <input type="checkbox"/> 0~1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合 <input type="checkbox"/> 2~3合 | <input type="checkbox"/> 3合以上 |
| 18 睡眠で休養が十分とれている。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 19 運動や食生活等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"/> 改善し始めた(概ね1か月以内) <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) | |
| 20 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、利用したい。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |