

特定健診問診票

下記についてご記入ください

※網掛け部分に記入がない場合は補助金支給対象外となります。

保険証記号・番号	被保険者氏名	被扶養者氏名	生年月日	健診年月日
-			年 月 日	年 月 日

健診機関名		医師名		既往歴	(過去にかかった病気)	自覚症状	
-------	--	-----	--	-----	-------------	------	--

		質問項目	回答
1-3	1	a. 血圧を下げる薬を飲んでいますか	1. はい 2. いいえ
	2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいますか	1. はい 2. いいえ
	3	c. コレステロールを下げる薬を飲んでいますか	1. はい 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	1. はい 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	1. はい 2. いいえ
6		医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか	1. はい 2. いいえ
7		医者から貧血と言われたことがある	1. はい 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カ月間も吸っている者)	1. はい 2. いいえ
9		20歳の時から体重が10kg以上増加している	1. はい 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	1. はい 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	1. はい 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	1. はい 2. いいえ
13		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	1. なんでも噛める 2. 噛み辛い 3. ほとんど噛めない
14		人と比較して食べる速度が速い	1. 速い 2. ふつう 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	1. はい 2. いいえ
16		夕食後に間食(3食以外の夜食)を食べることが週に3回以上ある	1. はい 2. いいえ
17		朝食を抜くことが週に3回以上ある	1. はい 2. いいえ
18		お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	1. 毎日 2. 時々 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〔質問18で「3」と答えた方は「1」とお答えください〕 清酒1合(180ml)の目安: ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、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る	1. はい 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	1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) 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 4. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 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	1. はい 2. いいえ

同意書

(必ず受診された本人が署名してください)

提出された結果は、あなたの健康づくりに役立てるほか、国へ報告する健診実施率等に使用するため健保組合へ頂戴します。

この件について同意のうえ、下記にボールペンで署名をお願いいたします。

年 月 日

氏名