|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 特 定 健 康 診 査 質 問 票 | 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 自宅郵便番号 | 〒 |

回答欄の該当する番号に○を記入してください。　　　※医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 質 問 項 目 | 回　　答 |
| 1 | ※血圧を下げる薬を使用していますか。 | ① はい　　② いいえ |
| 2 | ※血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。 | ① はい　　② いいえ |
| 3 | ※コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。 | 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、  治療を受けたりし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、慢性腎臓病や慢性の腎不全にかかっているといわれたり、  治療(人工透析など)を受けていますか。 | ① はい　　② いいえ |
| 7 | 医師から、貧血といわれたことがある。 | 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ヶ月間も吸っている者) | ① はい　　② いいえ |
| 9 | 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。 | 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年以上実施していますか。 | 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時間以上実施していますか。 | 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ですか。 | ① はい　　② いいえ |
| 13 | 食事をかんで食べるとき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 |
| 14 | 人と比較して食べる速度が速いですか。 | 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回以上ありますか。 | ① はい　　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。 | ① 毎日　② 時々　③ほとんど摂取しない |
| 17 | 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。 | ① はい　　② いいえ |
| 18 | お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)をどの位の頻度で飲みますか。 | 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日当たりの飲酒量はどの位ですか。  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) | 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ますか。 | 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っていますか。 | 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か月未満)  ⑤ 既に改善に取り組んでいる(6か月以上) |
| 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 |

お送りいただく健診結果に下記必須項目の記載がない場合は、こちらもご記入願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 既往歴の有無について | 1. あり　　　　② なし   具体的な既往歴（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 自覚症状の有無について | 1. あり　　　　② なし   具体的な症状　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |