

# 問診（特定健診）

該当する項目にマーク  をいれてください。

記号( ) 番号( ) 氏名

|        |   |                          |    |                          |     |
|--------|---|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| 1 ~ 3. | 現在、a から c の薬の使用の有無について  |                          |    |                          |     |
| 1      | a. 血圧を下げる薬  | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 2      | b. インスリン注射又は血糖を下げる薬   | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 3      | c. コレステロールを下げる薬   | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | 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る。  | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | 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る。   | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | 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)を受けたことがある。   | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 7.     | 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 |
| 8.     | 現在、たばこを習慣的に吸っている。<br>(※「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)  | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 9.     | 20歳の時の体重から10Kg以上増加している。   | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 10.    | 1回30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。  | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | 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る。  | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | 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。  | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 13.    | 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。<br>1.何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 2.かみにくいことがある <input type="checkbox"/> 3.ほとんどかめない <input type="checkbox"/>  |                          |    |                          |     |
| 14.    | 人と比較して食べる速度が速い。<br><input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 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。   | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 16.    | 夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週3回以上ある。   | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 17.    | 朝食を抜くことが週3回以上ある。  | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 18.    | お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度<br><input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)  |                          |    |                          |     |
| 19.    | 飲酒日の1日当りの飲酒量<br>清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(500ml)、焼酎35度(80ml)、<br>ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)<br><input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上  |                          |    |                          |     |
| 20.    | 睡眠で休養が十分とれている。  | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | 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。<br><input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)<br><input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)<br><input type="checkbox"/> 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 |                          |    |                          |     |
| 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。   | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |