

# 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。※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす方	<input type="checkbox"/>	はい	条件1と条件2を両方満たす方	
	条件1:最近1ヶ月間以上吸っている	<input type="checkbox"/>	以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない(条件2のみ満たす)		
	条件2:生涯で6か月以上吸っていた又は合計100本以上吸っていた	<input type="checkbox"/>	いいえ	条件1と条件2とも該当しない方	
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。				
	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。				
	<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.	朝屋夕の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 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない				
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				
	<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				
	清酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安:ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・110ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・350ml)				
	<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~5合未満 <input type="checkbox"/> 5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。				
	<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)				
	<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)				
	<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