

# 問診（特定健診）

該当する項目にマーク  をいれてください。

氏名

記号番号

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。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"/>	以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない(条件2のみを満たす方)(禁煙者)
		<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。		
	<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