

受診者名	健保 花子
住所	〒236-0001 横浜市金沢区昭和町〇〇〇-〇〇
電話番号・Eメールアドレス	045-〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇.ne.jp

Eメールアドレスはいつも利用しているアドレスをご記入ください。①特定健康診査確認票+②質問票+③健診結果コピーを健保組合にご提出ください。

質問項目		回答
1~3 現在、aからcの薬の使用の有無(医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。)		
必須項目	1 a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	3 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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りますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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りますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
必須項目	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、「現在までに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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。	<input checked="" type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い	<input type="checkbox"/> 速い <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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に3回以上ある	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input checked="" type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量	<input checked="" 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
	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1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	
20	睡眠で休養が十分とれている	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ