

生活習慣病予防健康診査

特定健康診査問診票

問診票の太枠内 をご記入の上、実施機関に提出してください。

氏名	性別	生年月日	年齢
	1. 男 2. 女	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	歳
住所	電話番号	受診券整理番号	

No.	質問項目	回答	
1	血圧を下げる薬を服用していますか。	はい	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。	はい	いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	はい	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。	はい	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。	はい	いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や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。	はい	いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	はい	いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。（現在吸っていないが、生涯で6か月間以上吸っていたか、合計100本以上吸った方は2.に該当）	1. はい 2. 以前吸っていたが最近1か月間は吸っていない 3. いいえ	
9	20歳の時の体重から10Kg以上増加していますか。	はい	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。	はい	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。	はい	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。	はい	いいえ
既往症 右の病気にかかったことがあれば○をつけてください	なし	1. 高血圧 2. 低血圧 3. 不整脈 4. 脂質異常症 5. 高尿酸血症 6. 腎不全以外の腎疾患 7. 糖尿病 8. 肝臓病 9. 胃・十二指腸潰瘍 10. うつ 11. 骨粗しょう症 12. ガン	
自覚症状 右に該当するものがあれば○をつけてください	なし	1. 頭痛・耳鳴り 2. めまい 3. いつも調子が悪い 4. 手足のしびれ・まひ 5. 舌のもつれ 6. 息切れ 7. 動悸（脈のみだれ） 8. 胸痛（胸のしめつけ） 9. むくみ 10. 意識を失った	
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. 何でもかめる 2. 時々かめない 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. 普通 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。	はい	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. ほとんど摂らない	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	はい	いいえ
18	お酒（日本酒、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。（※「7. やめた」とは過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があったが、最近1年以上飲酒していない状態）	1. 毎日 2. 週5～6日 3. 週3～4日 4. 週に1～2日 5. 月に1～3日 6. 月に1日未満 7. やめた 8. 飲ま（め）ない	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒1合（180ml）の目安：ビール（500ml）、焼酎25度（110ml）、ワイン14度（180ml）、ウイスキー43度（60ml）、缶チューハイ5度（500ml）又は7度（350ml） ※No.18で7. やめた もしくは8. 飲ま（め）ないを選んだ方は1. 1合未満を選択してください。	1. 1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3～5合未満 5. 5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	はい	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。	1. 思わない（なし） 2. 思う（あり）6ヶ月以内 3. 思う（あり）近いうちに 4. すでに取り組み済み（6ヶ月未満） 5. すでに取り組み済み（6ヶ月以上）	
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	はい	いいえ

健診医療機関メモ欄