特定健診　質問票

受付番号		健診日	

氏名　　様

▼ □ は、該当の欄に斜線 ／ でお答えください。

この用紙は、ご記入のうえ受診時にご持参ください！

質問項目	1−3	現在、aからcの薬の使用の有無	1	a.血圧を下げる薬	□ はい　□ いいえ
			2	b.血糖を下げる薬又はインスリン注射	□ はい　□ いいえ
			3	c.コレステロールや中性脂肪を下げる薬	□ 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、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）			□ ①はい（条件1と条件2を両方満たす） □ ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） □ ③いいえ（上記①②以外）
	9	20歳の時の体重から10kg以上増加している			□ 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			□ 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			□ 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			□ はい　□ 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			□ 何でもかんで食べることができる □ 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 □ ほとんどかめない
	14	人と比較して食べる速度が速い			□ 速い　□ ふつう　□ 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			□ 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			□ 毎日　□ 時々 □ 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			□ はい　□ いいえ
	18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか （※「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者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）			□ 毎日　□ 週5〜6日　□ 週3〜4日 □ 週1〜2日　□ 月に1〜3日　□ 月に1日未満 □ やめた　□ 飲まない（飲めない）
	19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒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・約110ml）、ワイン（同14度・180ml）、ウイスキー（同43度・60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）			□ 1合未満　□ 1〜2合未満 □ 2〜3合未満 □ 3〜5合未満　□ 5合以上
	20	睡眠で休養が十分とれている			□ 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すか ①改善するつもりはない □　②改善するつもりである（概ね6か月以内） □ ③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 □ ④既に改善に取り組んでいる（6か月未満） □　⑤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、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

歯について	1	左右の両方の奥歯でしっかりかみしめらますか	□ はい　□ いいえ
	2	歯みがきの時に歯ぐきから血が出ることがある	□ はい　□ いいえ
	3	歯ぐきが腫れることがある	□ はい　□ いいえ
	4	歯がぐらぐらする	□ はい　□ いいえ
	5	デンタルフロスや歯間ブラシを使って歯と歯のすき間もきれいにしている	□ はい　□ いいえ
	6	1日に2回以上歯みがきをしますか	□ はい　□ いいえ
	7	この1年間に治療以外で歯の健診や予防のために歯科医院を受診しましたか	□ はい　□ いいえ

歯科の質問項目については、市町において、現状把握、分析、保健指導に使用することを目的に、特定健診質問票に追加し実施するものでありますので、ご記入をお願いします。