

# 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	<input type="checkbox"/> はい <input 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 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 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 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 type="checkbox"/> 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		<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りますか		<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)	<input type="checkbox"/> ①はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> ②以前は吸っていたが、最近1か月間吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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		<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		<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	<input 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 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に3回以上ある		<input 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、最近一年以上酒類を摂取していない者)	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 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)	<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"/> 3~5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 ①改善するつもりはない <input type="checkbox"/> ②改善するつもりである(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ④既に改善に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> ⑤既に改善に取り組んでいる(6か月以上) <input type="checkbox"/>		
	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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
歯ごころ	1	左右の両方の奥歯でしっかりかみしめられますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2	歯みがきの時に歯ぐきから血が出ることもある		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	3	歯ぐきが腫れることがある		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	4	歯がぐらぐらする		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	6	1日に2回以上歯みがきをしますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<p>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。</p>				