

会社名または加入健保名	
フリガナ	
氏 名	様 ( 才 )

※以下の問診をご記入ください。「はい」・「いいえ」・その他のいずれかに○を記入してください。

1. 現在お薬を飲んでいますか？	
1 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
2 インスリン注射または血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
3 コレステロールを下げる薬	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
2. 医師から以下の病気にかかっているとされたり、治療を受けたことがありますか？	
1 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
2 心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
3 慢性腎不全・人工透析治療	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
4 貧血	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
3. たばこを吸いますか？	
<input type="checkbox"/> 吸わない	} 1日[ ]本を[ ]年間 ※現在、禁煙されている方は喫煙当時の数字を記入してください
<input type="checkbox"/> 1日20本未満	
<input type="checkbox"/> 1日20本以上	
<input type="checkbox"/> 約[ ]年前にやめた	
4. 20歳の体重から、10kg以上増加していますか？	
<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	
5. 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？	
<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	
6. 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？	
<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	
7. ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度は速いですか？	
<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	
8. この一年間で体重の増減が±3kg以上ありましたか？	
<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	
9. 他の人と比較して食べるスピードは速いですか？	
<input type="checkbox"/> 速い ・ <input type="checkbox"/> ふつう ・ <input type="checkbox"/> 遅い	
10. 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか？	
<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	
11. 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？	
<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	
12. 夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが、週に3回以上ありますか？	
<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	
13. お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒等)を飲む頻度は？	
<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)	
14. 飲酒日の1日あたりの飲酒量は？	
※13の質問で、ほとんど飲まない(飲めない)に○をした方は、1合未満に○をしてください。	
清酒1合の目安(180ml)	} <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合以上
ビール中瓶1本(500ml)、焼酎(80ml)	
ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	
15. 睡眠で休養が十分とれていますか？	
<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	
16. 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"/> 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(概ね1か月以内)に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)	
17. 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	
18. あなたの病歴についてお伺いします	
※1の質問以外の大きな病気について記入してください	
1 医師から過去に診断、治療を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> あり【 】 ・ <input type="checkbox"/> なし
2 今までに手術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> あり【 】 ・ <input type="checkbox"/> なし
3 現在、治療を受けていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> はい	病名 <input type="text"/>
	お薬名 <input type="text"/>

※これらの質問は、厚生労働省特定健診の内容に準じています。