

|            |  |          |     |   |        |                     |
|------------|--|----------|-----|---|--------|---------------------|
| 特定健康診査 質問票 |  | 所属(市町名等) | 下田市 |   | 受付番号   |                     |
|            |  | 受診券番号    | 国保  |   |        |                     |
| フリガナ       |  | 生年月日     | 昭和  | 年 | 月      | 日                   |
| 氏名         |  | 性別 / 年齢  | 男・女 | 歳 | 食事経過時間 | 該当するものに○をつけてください。   |
|            |  |          |     |   |        | 1: 3.5 時間未満         |
|            |  |          |     |   |        | 2: 3.5 時間以上 10 時間未満 |
|            |  |          |     |   |        | 3: 10 時間以上          |

| 次の質問にお答えください(回答は右端の回答欄に数字を記入してください) |  |  |  |  |   | 回答欄                                 |               |           |          |           |        |               |
|-------------------------------------|--|--|--|--|---|-------------------------------------|---------------|-----------|----------|-----------|--------|---------------|
| 1                                   | 血圧を下げる薬を現在使用していますか。  |  |  |  | 1: はい   | 2: いいえ                              |               |           |          |           |        |               |
| 2                                   | 血糖を下げる薬又はインスリン注射を現在使用していますか。   |  |  |  | 1: はい   | 2: いいえ                              |               |           |          |           |        |               |
| 3                                   | コレステロールや中性脂肪を下げる薬を現在使用していますか。  |  |  |  | 1: はい   | 2: 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。  |  |  |  | 1: はい   | 2: 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。   |  |  |  | 1: はい   | 2: 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。  |  |  |  | 1: はい   | 2: いいえ                              |               |           |          |           |        |               |
| 7                                   | 医師から、貧血といわれたことがありますか。  |  |  |  | 1: はい   | 2: いいえ                              |               |           |          |           |        |               |
| 8                                   | 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。<br>「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<br>条件1: 最近1か月間吸っている<br>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か月は吸っていない(条件2のみ満たす) | 3: いいえ(1、2以外) |           |          |           |        |               |
| 9                                   | 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。  |  |  |  | 1: はい   | 2: 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。   |  |  |  | 1: はい   | 2: 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。   |  |  |  | 1: はい   | 2: 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。  |  |  |  | 1: はい   | 2: いいえ                              |               |           |          |           |        |               |
| 13                                  | 食事を噛んで食べる状態はどれに当てはまりますか。   |  |  |  | 1: 何でも噛んで食べることができる<br>2: 歯や歯ぐき、噛み合わせなど気になる部分があり噛みにくいことがある<br>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: ふつう                              | 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。   |  |  |  | 1: はい   | 2: 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: ほとんど摂取しない  |           |          |           |        |               |
| 17                                  | 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。   |  |  |  | 1: はい   | 2: 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。<br>〔「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〕                               |  |  |  | 1: 毎日   | 2: 週5~6日                            | 3: 週3~4日      | 4: 週1~2日  | 5: 月1~3日 | 6: 月に1日未満 | 7: やめた | 8: 飲まない(飲めない) |
| 19                                  | 飲酒日の1日あたりの飲酒量 日本酒1合目安は、ビール(500ml)、焼酎(110ml)、ウイスキーダブル(60ml)、ワイン(180ml)  |  |  |  | 1: 0~1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                                  | 睡眠で休養が十分にとれていますか。  |  |  |  | 1: はい   | 2: 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<br>2. 改善するつもりである(概ね6か月以内)<br>3. 近いうちに改善するつもりで、少しずつ始めている<br>4. 既に改善に取り組んでいる(6か月未満)<br>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。   |  |  |  | 1: はい   | 2: いいえ                              |               |           |          |           |        |               |