

質 問 票 (アンケート用紙)

| | | | | | | | | | |
|-------------------|--|----|-----|----|---|--|---|--|---|
| | | | 実施日 | | 年 | | 月 | | 日 |
| 保険証の記号番号 | 事業所名 | 氏名 | 性別 | 年齢 | | | | | |
| ・ | | | 男・女 | 才 | | | | | |
| 健診種別に ○をしてください | 特定健康診査A 特定健康診査B 特定健康診査C 生活習慣病健診A 生活習慣病健診B 人間ドック等共用 | | | | | | | | |
| オプション項目 | 腹部エコー エコーセット 腫瘍マーカー (CEA シフラ PSA) 胃ABC検診 その他の検査() | | | | | | | | |

| | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| ア | 既往歴について (今までにかかった大きな病気やけががありますか) | <input type="checkbox"/> ある → | <input type="checkbox"/> ない |
| イ | 現在治療中の病気 | <input type="checkbox"/> ある → | <input type="checkbox"/> ない |

※ 受診者本人が次の項目すべてにご回答ください。(☑をつけてください。) 「注」 ※医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。

| | 質 問 項 目 | 回 答 | |
|-----|--|--|--|
| 1-3 | 現在、aからcの薬の使用の有無 (上記「注」を参照) | | |
| | 1 a. 血圧を下げる薬 | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 2. いいえ |
| | 2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射 | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 2. 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"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 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。 | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 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。 | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 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。 | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 2. いいえ |
| 7 | 医者から貧血といわれたことがある。 | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 2. 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ヶ月間吸っている 条件2: 生涯で6ヶ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ヶ月間吸っていない (条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> 3. いいえ (1・2 以外) | |
| 9 | 20歳の時の体重から10kg以上増加している。 | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 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。 | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 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。 | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 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。 | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 2. 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"/> 1. 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 2. 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"/> 3. 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"/> 1. 速い | <input type="checkbox"/> 2. ふつう <input type="checkbox"/> 3. 遅い |
| 15 | 就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ある。 | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 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。 | <input type="checkbox"/> 1. 毎日 | <input type="checkbox"/> 2. 時々 |
| 17 | 朝食を抜くことが週に3回以上ある。 | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 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。 ※「やめた」とは、過去に1回以上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 | <input type="checkbox"/> 1. 毎日 <input type="checkbox"/> 2. 週 5~6日 <input type="checkbox"/> 3. 週 3~4日 <input type="checkbox"/> 4. 週 1~2日 <input type="checkbox"/> 5. 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 6. 月に1日未満 <input type="checkbox"/> 7. やめた <input type="checkbox"/> 8. 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・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml) 缶酎ハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml) | <input type="checkbox"/> 1. 1合未満 <input type="checkbox"/> 2. 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 3. 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 4. 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5. 5合以上 | |
| 20 | 睡眠で休養が十分とれている。 | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 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。 | <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(おおむね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 3. 近いうちに(おおむね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 4. すでに改善に取り組んでいる (6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 5. すでに改善に取り組んでいる (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。 | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 2. いいえ |
| 23 | ※必ずお答えください。 本日の健康診断結果を健保組合と事業主と共有することに同意しますか。 | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 2. いいえ |
| | ★女性の方 生理中ですか | <input type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 2. いいえ |

質問票(アンケート用紙)はよりの確な診断に役立つ大切な役割をしています。診断目的以外に使用しません。