

特定健診問診票(標準的な質問票)

日産化学健康保険組合

被保険者証の		フリガナ	記入日
記号	番号	氏名	
			年 月 日

質問項目		回答	
1～3 現在、aからcの薬の使用の有無			
1	a. 血圧を下げる薬を飲んでいる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	b. 血糖を下げる薬を飲んでいる又はインスリン注射を打っている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	c. コレステロール・中性脂肪を下げる薬を飲んでいる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4～7 既往歴について(医師に診断を受けた・治療を受けたことがある)			
4	a. 脳卒中(脳出血、脳梗塞等)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	b. 心臓病(狭心症、心筋梗塞等)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	c. 慢性腎不全、人工透析	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	d. 貧血	<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る。 (現在までに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸い、最近1か月間も吸っている)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
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、かみ合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(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	<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)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安量:ビール中瓶1本(約500ml)、 焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<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
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	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 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"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> 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

※この問診票と『市区町村やお勤め先で受診した健診結果(写)』を健康保険組合にご提出ください。