

特定健診質問票

受診者用

記号番号	氏名	生年月日	性別	年齢	健診年月日
○△□×-△×◎	健保 花子	〇〇年△△月××日	男・女	××歳	△△年××月〇〇日
※回答必須	1	a. 血圧を下げる薬を使用していますか。	① はい ② いいえ		
※回答必須	2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	① はい ② いいえ		
※回答必須	3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	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る。	① はい ② いいえ		
※回答必須	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	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ヶ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③ いいえ(①②以外)		
	9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	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	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	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。	① はい 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。	①何でもかんで食べることができる 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 ③ほとんどかめない		
	14	人と比較して食べる速度が速い。	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回以上ある。	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回以上ある。	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。 (※「やめた」とは、過去に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(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)、酎ハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	① 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	睡眠で休養が十分とれている。	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すか。 ① 改善するつもりはない ② 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) ③ 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④ 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) ⑤ 既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。	① はい ② いいえ		
※回答必須	23	その他の既往歴 上記(4から7)以外に、これまで治療したことのある病気、または現在治療中の病気がありますか。①はいの方は下の該当のおもな病名を選択。(最高3つまで) 1. 高血圧 2. 低血圧 3. 不整脈 4. 高脂質血症 5. 高尿酸血症 6. 腎不全以外の腎疾患 7. 糖尿病 8. 肝臓病 9. 胃・十二指腸潰瘍 10. うつ 11. 骨粗鬆症 (※該当する病名がない場合は ②いいえ)	① はい ② いいえ		
※回答必須	24	自覚症状 次の症状について、自覚症状がありますか。①はいの方は下の該当のおもな症状を選択。(最高5つまで選択) 1. 胸の圧迫感 2. 心臓の鼓動が激しい 3. 動悸がする 4. 息切れがする 5. 不眠 6. 肩こり・腰痛 7. 手足のしびれ感 8. めまい・立ちくらみ 9. いつも調子が悪い 10. おなかが張っている 11. 下痢 12. 便秘 13. 下痢と便秘の両方 14. 痔の傾向がある (※該当する病名がない場合は ②いいえ)	① はい ② いいえ		
	医師の記入欄	他覚症状 次の症状について、該当する所見が認められますか。 ①所見ありの場合は下の該当の症状を選択してください。 1. 眼瞼結膜貧血(+) 2. 眼瞼浮腫(+) 3. 肝臓腫大(+) 4. 下腿浮腫(+) 5. 心音異常(+) 6. 脈不整(+)	① 所見あり ② 所見なし		

※75歳~74歳の受診者については、かならず特定健診質問票を記入してください。

受診先の医師に記入して貰って下さい。

受診者の保険証の
記号・番号・氏名・生年月日・性別・年齢
受診日をご記入ください。

該当する所に○をしてください。
尚、1・2・3・8・23・24番目の質問は必須項目です。
必ずご回答ください。