

＜ 特定健診問診票 ＞

受診日 (西暦)

年

月

日

フリガナ		性別 / 年齢	1. 男性 2. 女性	才
氏名		生年月日	(西暦) 年 月 日	

	質問項目	回答
① あなたの生活習慣についてお伺い致します。該当するものにレ点 (チェック) をつけてください。		
1~3	現在、以下の薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	1 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2 血糖を下げる薬またはインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	3 コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から脳卒中 (脳出血、脳梗塞など) といわれたり、治療を受けた事がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、心臓病 (狭心症、心筋梗塞) といわれたり、治療を受けた事がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から慢性腎臓病や腎不全といわれたり、治療 (人工透析など) を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から貧血といわれた事がありますか	<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ますか ※習慣的な喫煙とは、これまでに「合計100本以上」、または「6ヶ月以上たばこを吸っている」ことで、最近1ヶ月間も吸っている状態の事	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時に比べて体重が10kg以上増加していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	1日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
11	日常生活において歩行また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
12	同じ年代の人と比べて歩く速度は速いほうですか	<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ですか	<input type="checkbox"/> 何でもかめる <input type="checkbox"/> かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比べると、食べる速度は速いほうですか	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとる事が週に3回以上ありますか	<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物を摂取していますか	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 摂取しない
17	朝食を抜く事が週に3回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒 (日本酒・焼酎・ビール・洋酒など) はどれくらい飲みますか	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 飲まない
19	お酒を飲むときは、1日あたりどれくらい飲みますか <1合のめやす> ●日本酒 1合180ml ●ビール500ml ●焼酎 25度110ml ●ウィスキーダブル 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	睡眠で休養が十分にとれていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活などの生活習慣病を改善してみようとおもいますか	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもり (約6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 近いうち (約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"/> すでに改善に取り組んでいる (6ヶ月以上) <input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる (6ヶ月未満)
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、利用したいですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② 女性の方のみお伺い致します。該当するものにレ点 (チェック) をつけてください。		
1	現在、妊娠していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性あり
2	現在、生理中ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

銀座四丁目診療所