

特定健診 問診票(1)

氏名

必ず、すべての質問にご回答ください

※該当する番号に○をつけてください

質問項目		回答	
1	現在、血圧を下げる薬を飲んでいますか	① はい	② いいえ
2	現在、インスリン注射をしている 又は血糖を下げる薬を飲んでいますか	① はい	② いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか	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)を受けたことがありますか	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 (「習慣的に吸っている」とは、 条件④ と ⑤ の両方を満たす場合です) 条件④: 最近1か月間吸っている 条件⑤: 生涯で6か月間以上、又は合計100本以上吸っている	① はい(条件④と⑤の両方を満たす)	
		② 以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない(条件⑤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	日常生活で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時の状態は、どれにあてはまりますか	① なんでも 噛んで食べることができる	
		② 歯や歯ぐき、かみ合わせに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は速いですか	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)を飲む頻度はどれくらいですか (「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があって、最近1年以上酒類を摂取していないことです)	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1日未満
		⑦ やめた	⑧ 飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれくらいですか 日本酒1合・アルコール度数15度(180ml)の目安: ビール5度(500ml)、焼酎25度(110ml)、ワイン14度(180ml)、ウイスキー43度(60ml)、缶チューハイ5度(500ml)、缶チューハイ7度(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	
		② 改善するつもりである(概ね6か月以内)	
		③ 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少し始めている	
		④ 既に取り組んでいる(6か月未満)	
		⑤ 既に取り組んでいる(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

特定健診 問診票(2)

氏名 _____

1. 今までにかかった病気や、現在治療中の病気の番号に○をつけてください。

1 特になし	16 大腸がん	31 糖尿病
2 心筋梗塞	17 潰瘍性大腸炎	32 脂質異常症(高脂血症等)
3 狭心症	18 肝炎	33 痛風・高尿酸血症
4 不整脈	19 肝機能障害	34 乳がん
5 高血圧	20 肝硬変	35 子宮がん
6 脳梗塞・脳出血	21 肝臓がん	36 子宮筋腫
7 肺炎	22 脂肪肝	37 卵巣嚢腫
8 喘息	23 胆石症	38 前立腺肥大症
9 結核	24 胆嚢炎	39 前立腺がん
10 肺がん	25 胆嚢ポリープ	40 慢性関節リウマチ
11 胃・十二指腸潰瘍	26 膵臓疾患	41 膠原病
12 胃がん	27 腎炎	42 うつ病
13 慢性胃炎	28 腎・尿管結石	43 腰痛症
14 胃ポリープ	29 ネフローゼ	44 花粉症・アレルギー性鼻炎
15 大腸ポリープ	30 甲状腺疾患	45 その他()

2. 最近1ヶ月の自覚症状について、当てはまる番号に○をつけてください。

1 特になし	17 夜中、トイレに3回以上起きる
2 動悸や脈の乱れ	18 残尿感
3 息切れ	19 血尿
4 胸を締め付けられるような痛みがある	20 腰痛が続いている
5 気を失ったことがある	21 関節痛・神経痛が続いている
6 からだのむくみ	22 咳や痰が長く続く
7 耳鳴り	23 微熱が続く
8 めまい	24 血痰
9 激しい頭痛	25 喘息発作
10 手や足に力が入らない	26 歯ぐきからよく出血する
11 手や足がしびれたことがある	27 眠れない
12 胃腸の強い痛み	28 頭が重くすっきりしない
13 吐き気がしたり吐いたりする	29 朝起きてからも、強い疲労感がある
14 便秘気味になった	30 毎日いびきがある
15 下痢気味になった	31 就寝中の無呼吸
16 血便	32 その他()