

質問票(パート先健診用) ※パート先の健診結果を健保送付時に添付ください。

| | | | | |
|-------|-----------|----|----|--------|
| 受診者情報 | 保険証の記号・番号 | | 氏名 | 連絡先TEL |
| | 記号 | 番号 | | |
| 住所 | | | | |

| 質問項目 | | 回答 |
|-------------------------|---|--|
| 1～3 現在、aからcの薬の使用の有無(※1) | | |
| 必須項目 | 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. インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいる | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | 3 c. コレステロールを下げる薬を飲んでいる(※2) | <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"/> はい <input type="checkbox"/> 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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6 | 医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7 | 医師から、貧血といわれたことがある | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 必須項目 | 8 現在、たばこを習慣的に吸っている。(※1) (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「現在までに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者) | <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 | この1年間で体重の増減が±3kg以上あった | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 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 | 夕食後に間食(3食以外の夜食)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 |
| 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 |
| 19 | 飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安: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 |

※1 の項目は必須の項目となりますので必ずご回答ください。また、他の項目についても保健指導対象者への指導内容を、より個人に合ったものとして、提供することができますので、できるだけ多くの質問項目に回答をお願いいたします

※2 中性脂肪を下げる薬を含む。

※送付先: 〒664-0847 兵庫県伊丹市藤ノ木2丁目2番13号 TOYO TIRE健康保険組合宛