



特定健診の情報提供書（質問票）

【様式3】

【本人記入欄】 医師等の問診による記入可

| 項目 | 質問事項  | 回答欄              |                                     |   |     |   |    |
|----|---|------------------|-------------------------------------|---|-----|---|----|
|    |   | 該当する番号を○で囲んでください |                                     |   |     |   |    |
| 0  | 今、体調の悪いところ（自覚症状）がありますか。   | 1                | はい<br>( )                           | 2 | いいえ |   |    |
| 1  | 現在、血圧を下げる薬を服用していますか。  | 1                | はい                                  | 2 | いいえ |   |    |
| 2  | 現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。   | 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服用していますか。  | 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、慢性腎不全や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。(※今までに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っており最近1ヶ月間も吸っている方)  | 1                | はい                                  | 2 | いいえ |   |    |
| 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 | 食事をかんで食べるとき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(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度は、どのくらいですか。  | 1                | 毎日                                  |   |     |   |    |
|    |   | 2                | 時々                                  |   |     |   |    |
|    |   | 3                | ほとんど飲まない(飲めない)                      |   |     |   |    |
| 19 | 飲酒日の1日当たりの飲酒量は、どのくらいですか。<br>清酒1合(180ml)の目安:<br>ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎25度(110ml)、<br>ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml) | 1                | 1合未満                                |   |     |   |    |
|    |   | 2                | 1~2合未満                              |   |     |   |    |
|    |   | 3                | 2~3合未満                              |   |     |   |    |
|    |   | 4                | 3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。   | 1                | はい                                  | 2 | いいえ |   |    |