

【特定健診22項目問診票】

(表面)

下記質問項目にご回答の上、医療機関窓口にて「予約確認書」と合わせて必ずご提出下さい。

裏面も必ずご記入ください。

本紙のご提出がない場合や回答のご記入がない場合は助成を受けられないことがあります。

※太枠の中(氏名・生年月日・性別・保険証記号・番号)をご記入下さい。

健康保険組合(保険者番号)	日本ペイント健康保険組合 (06271696)
フリガナ	
受診者氏名	
生年月日(性別)	西暦 年 月 日 (男 ・ 女)
保険証記号・番号	記号 番号

	質問項目	回答
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無	
1	a. 血圧を下げる薬	① はい ② いいえ
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	① はい ② いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	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。	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
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「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ヶ月間も吸っている者)	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年以上実施している。	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る。	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なん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(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	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 〔1合の目安：ビール500ml 焼酎25度1杯(110ml) ウイスキーダブル1杯(60ml)〕	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か月未満) 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

【既往歴／自覚症状】

(裏面)

こちらの面も必ずご記入ください。

※今までに患った疾患をご記入ください。疾患名□にチェック、疾患名がない場合はその他にご記入ください。		
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 高脂質血症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 腎疾患(腎不全は除く) <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 特になし その他 <input type="checkbox"/>	
	※現在の気になる症状□にチェックをしてください。あてはまらない場合はその他にご記入ください。	
	自覚症状	<input type="checkbox"/> 眼精疲労 <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 体のしびれ <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ <input type="checkbox"/> 食欲減退 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 肩こり・腰痛 <input type="checkbox"/> 慢性疲労 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 特になし その他 <input type="checkbox"/>