

【特定健診22項目問診票】

(表面)

下記の太枠内をご記載の上、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。

健康保険組合	日本ペイント健康保険組合	保険証	記号	番号
フリガナ		生年月日	西暦	年 月 日
受診者氏名				

	質問項目	回答
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ますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1ヶ月間吸っている 条件2:生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	① はい(条件1と条件2を両方満たす) ② 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない(条件2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)を飲む頻度はどのくらいですか。 (※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を接種していない者)	① 毎日 ② 週5~6日 ③ 週3~4日 ④ 週1~2日 ⑤ 月に1~3日 ⑥ 月に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 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、 ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、 缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約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、これまでに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

【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"/> 結核 <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"/> 特になし	
	その他 <input type="text"/>	
	※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。	
	<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	
自覚症状 その他 <input type="text"/>		