

# 質問票（2024年4月以降受診用）

下記内容は全て必須となりますので、記入漏れのないようお願い致します。

被保険者 (従業員本人)	保険証記号		保険証番号	
	氏名			
受診者	氏名	フリガナ	続柄	
	生年月日・年齢	西暦 年 月 日	生	歳
	住所	〒		
TEL				
メールアドレス	@			

[質問票]

※ご連絡先の記入をお願い致します。

受診日	西暦 年 月 日
医療機関名	
健保使用欄	

全てご記入の上、「F-03-1\_特定健診費用申請書」に添付して、健保へお送りください

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、インスリン注射また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・脳梗塞など）にかかっていると言われたり、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・心筋梗塞など）にかかっていると言われたり、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言われたり、治療（人工透析など）を受けていますか	1 : はい	2 : いいえ
7 医師から、貧血と言われたことがありますか	1 : はい	2 : いいえ
8 現在、タバコ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（1,2以外）のみ満たす）
9 20歳のときの体重から10キロ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年以上継続して行っていますか	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時間以上行っていますか	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と思いますか	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、かみあわせなどが気になる部分があり、かみにくことがある 3 : ほとんどかめない	
14 人と比較して食べる速度が速いと思いますか	1 : 速い	2 : 普通 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年以上酒類を摂取していない者）	1 : 毎日 4 : 週1～2回 7 : やめた	2 : 週5～6回 5 : 月に1～3日 6 : 月に1日未満 8 : 飲まない（飲めない）
19 飲酒日の1日あたりの飲酒量はどのくらいですか ※日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（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 3 : 2～3合未満 5 : 5合以上	
20 睡眠で充分に休養がとれていますか	1 : はい	2 : いいえ
21 運動や食生活などの生活習慣を改善してみようと思いますか	1 : 改善するつもりはない 2 : 改善するつもり（概ね6ヶ月以内） 3 : 近いうちに（概ね1ヶ月以内） 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ヶ月以上）	
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