

# 問診票（特定健康診査の標準的な質問票）



受診者情報		
健康保険被保険者証 記号・番号	フリガナ	
記号	番号	名前

質問項目	回答
現在、薬の使用の有無について	
★ ① 血圧を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
★ ② 血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
★ ③ コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している。	<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 医師から慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	<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
★ 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、以下の条件1と条件2を両方満たす者。 条件1：最近1ヶ月間吸っている 条件2：生涯6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> はい（条件1と条件2を両方満たす） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> いいえ（上記以外）
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分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	<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時間以上実施している。	<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 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、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	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
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 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。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 飲ま(め)ない <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 月1日未満 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 月1～3日 <input type="checkbox"/> 毎日
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）	<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"/> 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5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すか。 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）	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

1. ★印は必須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. この問診票は、受診医療機関から要請がある場合は事前に作成し、医療機関に提出してください。

3. 医療機関へのお願い…健診結果をペーパーでご報告の場合は、健診結果報告と共にこの写しを同封し、送付してください。