

標準的な質問票

農中健保記入欄		受付日	受付No.	被保険者 被扶養配偶者							
健診機関名称	健診機関住所	健診機関電話番号	記号	番号	事業所名						
			被保険者名		年齢 歳						
			受診者名		令和 年 月 日						
No.	質問項目	回答内容 (<input type="checkbox"/> 部分から該当の回答に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください)			回答欄						
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ						
2	現在、血糖を下げる薬またはインスリン注射を使用していますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ						
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか	<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」とは条件1と条件2を両方満たす者である 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か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"/>	いいえ(条件1・2以外)	以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす)					
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	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ						
11	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施	<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	<input type="checkbox"/>	何でもかんで食べることができる	<input type="checkbox"/>	菌や菌ぐき、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	<input type="checkbox"/>	ほとんどかめない				
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"/>	毎日	<input type="checkbox"/>	週5~6日	<input type="checkbox"/>	週3~4日	<input type="checkbox"/>	週1~2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		
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せんか	<input type="checkbox"/>	改善するつもりはない	<input type="checkbox"/>	改善するつもりである(概ね6か月以内)	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	既に改善に取り組んでいる(6か月未満)	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ						

標準的プログラム記載の「標準的な質問票」を一部改変

この質問票の取扱いは、個人情報保護管理規程等の法令を遵守しています。

この情報は特定健康診査・特定保健指導業務遂行のため使用します。異議のある方は健康保険組合までお申出ください。