

# 質 問 票

被保険者証		記号					番号
被保険者	事業所名称						
	氏名						
受診者	カナ						
	氏名						
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	
既往歴 ※具体的な記載をお願いします							
自覚症状						他覚症状	
質問事項				回答記入欄(全ての項目に☑してください)			
1	a.血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ			
2	b.血糖を下げる薬またはインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ			
3	c.コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<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)と診断されたり、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)と診断されたり、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と診断されたり、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	貧血と診断されたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ			
8	現在、習慣的にたばこを吸っていますか。 ※「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	<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以上増加していますか。	<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日以上かつ1年以上継続して実施していますか。	<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時間以上実施していますか。	<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行速度が速いですか。	<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事ができる	
		<input type="checkbox"/> 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。	
		<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ですか。	<input type="checkbox"/> 速い	
		<input type="checkbox"/> 普通	
		<input type="checkbox"/> 遅い	
15	就寝の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。	<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回以上ありますか。	<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)を飲む頻度はどのぐらいですか。 (※「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"/> 月1~3日
		<input type="checkbox"/> 週5~6日	<input type="checkbox"/> 月に1日未満
		<input type="checkbox"/> 週3~4日	<input type="checkbox"/> やめた
		<input type="checkbox"/> 週1~2日	<input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は、次のうちどれに該当しますか。 日本酒1合(180ml)の目安: ビール500ml、焼酎25度(110ml)、 ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満	<input type="checkbox"/> 3~5合未満
		<input type="checkbox"/> 1~2合未満	<input type="checkbox"/> 5合以上
		<input type="checkbox"/> 2~3合未満	
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	<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えますか。	<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ヶ月以内)	
		<input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1ヶ月以内)に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ヶ月未満)	
		<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## 機缶健康保険組合