

# 補助金用 問診票

該当する健診コースの番号に○印をつけてください。

1. 生活習慣病予防健診    2. 人間ドック    3. 特定健診    4. 家族健診

|                |             |      |          |             |              |
|----------------|-------------|------|----------|-------------|--------------|
| 被保険者証<br>記号・番号 | —           | カナ氏名 | ※カタカナで記入 |             | 1.本人    2.家族 |
| 受診年月日          | 年    月    日 | 生年月日 | 昭和       | 年    月    日 |              |
| 健診機関名          |             |      | 所在地      | 都 道 府 県     |              |

## 質問事項

※質問内容に該当する回答に  を記入してください。

|    |  |                          |                       |                          |                                |
|----|--|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 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、インスリン注射、又は血糖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                            |
| 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)にかかっていると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にかかっているとされたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか  | <input type="checkbox"/> | はい                    | <input type="checkbox"/> | いいえ                            |
| 7  | 医師から、貧血と言われたことがありますか   | <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<br>(最近1か月間吸っており、合計100本以上、又は6か月以上吸っている)  | <input type="checkbox"/> | はい                    | <input type="checkbox"/> | いいえ                            |
| 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、1年以上実施していますか  | <input type="checkbox"/> | はい                    | <input type="checkbox"/> | いいえ                            |
| 11 | 日常生活において歩行又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、歩く速度は速いですか  | <input type="checkbox"/> | はい                    | <input type="checkbox"/> | いいえ                            |
| 13 | 食事をかんで食べるとき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<br>ほとんどかめない | <input type="checkbox"/> | かみにくい<br>ことがある                 |
| 14 | 人と比較して、食べる速度は速いですか   | <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、洋酒等)を飲む頻度はどの位ですか   | <input type="checkbox"/> | 毎日飲む                  | <input type="checkbox"/> | 時々飲む                           |
|    |  |                          |                       | <input type="checkbox"/> | ほとんど飲まない                       |
| 19 | 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの位ですか<br>日本酒1合(180ml)=ビール中瓶1本(500ml) 焼酎25度(110ml)<br>=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"/> | 1~2合未満                         |
|    |  | <input type="checkbox"/> | 2~3合未満                | <input type="checkbox"/> | 3合以上                           |
| 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(6か月以内)                 |
|    |  | <input type="checkbox"/> | すでに改善に取り組んでいる(6か月未満)  | <input type="checkbox"/> | すでに改善に取り組んでいる(6か月以上)           |
|    |  |                          |                       | <input type="checkbox"/> | 近いうちに(1か月以内)改善するつもりで、少しずつ始めている |
| 22 | 生活習慣の改善について、保健指導を受ける機会があれば利用しますか<br>希望する場合は✓をしてください  | <input type="checkbox"/> |                       |                          |                                |

※35歳以上(年度末年齢)の方は補助金交付申請書にこの「問診票」も添付してください。

※この「問診票」により取得した個人情報は、健康保険業務以外に使用いたしません。