

補助金用 問診票

※令和6年4月以降受診の方用

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

健康保険の 記号・番号	—	カナ氏名	※カタカナで記入	1. 本人 2. 家族
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 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方を満たす者である 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"/>	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	<input type="checkbox"/>	かみにくいことがある
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
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
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 (※「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
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの位ですか 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)	<input type="checkbox"/>	週1~2日	<input type="checkbox"/>	週3~4日
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"/>	毎日	<input type="checkbox"/>	週5~6日
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

※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。