

# 補助金用 問診票

※令和6年3月受診までの方用

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

被保険者証 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)にかかっていると言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)にかかっていると言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言われたり、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 (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 ほとんどかめない	<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		
		<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 日本酒1合(180ml)=ビール中瓶1本(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"/>	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"/>	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
		<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)		
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 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。