

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

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 (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 <input type="checkbox"/> 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"/> 遅い	<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 <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"/> 2~3合未満	<input type="checkbox"/> 1~2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 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、健康保険業務以外に使用いたしません。