

特定健康診査質問票

保険者番号	保険者名
113027	埼玉県歯科医師国民健康保険組合

氏名	
生年月日	年 月 日
記入日	令和 年 月 日

※ 各自ご記入ください。

質問内容		回答欄(チェックをつけてください)
1	血圧を下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	コレステロールを下げる薬を服用している。	<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)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。	<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)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	<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る。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<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年以上実施している。	<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る。	<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が速い。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	食事を噛んで食べる時の状態はどれにあてはまるか。	<input type="checkbox"/> 何でも噛んで食べる事ができる。
		<input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、噛み合わせなど気になる部分があり、噛みにくい
		<input type="checkbox"/> ほとんど噛めない
14	人と比較して食べる速度が速い。	<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回以上ある。	<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することがある。	<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回以上ある。	<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)を飲む頻度について	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安 ビール中瓶1本(約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	睡眠で休養は十分にとれている。	<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か月以内)
		<input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1か月以内)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か月未満) <input type="checkbox"/> 既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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ