

# 特定健康診査 問診票(質問票)

受診日 令和 年 月 日

被保険者証の記号・番号

(フリガナ)  
受診者氏名

◆下記の質問(22項目)は、漏れのないようすべてご回答ください。

## 【質問内容】

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 コレステロールや中性脂肪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、治療をうけたことがある。	<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、治療をうけたことがある。	<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)をうけたことがある。	<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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(※「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)		
9 20歳の時の体重から10キロ以上増加している。	<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 食事をかんで食べる時の状態	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる	<input type="checkbox"/> ほとんどかめない
	<input type="checkbox"/> 歯や歯ぐきかみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある	
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していますか。	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々
	<input type="checkbox"/> 殆ど摂取しない	
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(清酒、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"/> 殆ど飲まない(飲めない)	
19 飲酒日の1日あたりの飲酒量清酒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、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

この質問票に回答された内容は、他の健診結果と同様にマーキュリー健康保険組合「個人情報保護管理規定」に基づき厳重に管理されます。

〈注意〉 質問の回答が無い場合は、QUOカードプレゼントの対象外になりますので、ご注意ください。