

健康診査に係る質問票(健康保険組合被保険者の場合提出)

記入日	西暦	年	月	日	所属事業所名				職員番号	
健診日	西暦	年	月	日	被保険者証 番号	記号	番号	枝番	氏名	
						100				

健診機関名	法人名				健診を実施した 医師名		
	施設名						

質問項目		回答(該当する □ に ✓)					
1)	血圧を下げる薬を服用していますか。 (高血圧症の治療に係る薬剤を服用していますか。)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ		
2)	インスリン注射または血糖を下げる薬を服用していますか。 (糖尿病の治療に係る薬剤を服用していますか。)	<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ますか。 (脂質異常症の治療に係る薬剤を服用していますか。)	<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)にかかっているといわれたり、 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)にかかっているといわれたり、 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、慢性肝臓病や腎不全にかかっているといわれたり、 治療(人工透析など)を受けていますか。	<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か月間吸っているもので、生涯で6か月以上、または 合計100本以上吸っている者)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	以前は吸っていたが 最近1か月は吸って いない	<input type="checkbox"/>	いいえ
9)	20歳のときの体重から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が速いですか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ		
13)	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	<input type="checkbox"/>	何でもかめる	<input type="checkbox"/>	時々かめない	<input type="checkbox"/>	ほとんど かめない
14)	人と比較して食べる速度が速いですか。	<input type="checkbox"/>	速い	<input type="checkbox"/>	普通	<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 摂らない
17)	朝食を抜くことが週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、洋酒など)を飲む頻度は どのくらいですか。 (「やめた」とは、過去に1月以上の習慣的な飲酒歴があったもののうち、 最近1年以上酒類を接種していない者)	<input type="checkbox"/>	毎日	<input type="checkbox"/>	週5~6日	<input type="checkbox"/>	週3~4日
19)	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安:ビール(同5度・約500ml)、 焼酎(25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)Iウイスキー(同43度・約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"/>	月1~3日	<input type="checkbox"/>	月に1日未満
		<input type="checkbox"/>	やめた	<input type="checkbox"/>	飲まない(飲めない)		
20)	睡眠で休養が十分にとれていますか。	<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"/>	3~5合未満	<input type="checkbox"/>	5合以上		
21)	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思えますか。	<input type="checkbox"/>	意思なし	<input type="checkbox"/>	意思あり (6か月以内)	<input type="checkbox"/>	意思あり (近いうち)
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"/>	取組済み (6か月未満)	<input type="checkbox"/>	取組済み (6か月以上)		
		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ		

健康診断結果票(写)と質問票を添えて日本年金機構健康保険組合まで提出してください。

※記載いただいた質問票と健診結果(写)それぞれ2部ずつ提出願います。