

(2024年度版)

健康診査質問票(日本年金機構健保組合宛)

(注意) 特定健康診査受診券を使用して、健診を受診された方は、ご提出不要となります

【送付方法】 質問票をご記入の上、健診結果(写)と併せて返信用封筒へ同封し、健康保険組合宛に送付ください
健診結果に関する内容は、保健事業または国への報告以外の活用はいたしません

健診日	西暦	年	月	日	保険証記号・番号	・	続柄	本人・家族
フリガナ					連絡先	TEL		
氏名					住所	〒		

健診機関名	法人名	施設名	健診を実施した 医師名			
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、過去に月1回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
				<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)	
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"/> 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	
20)	睡眠で休養が十分にとれていますか。			<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"/> 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)
				<input type="checkbox"/> 取組済み (6か月未満)	<input type="checkbox"/> 取組済み (6か月以上)	
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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	