

標準的な質問票

受診者情報	加入者番号等			受診者氏名	
	記号	番号	枝番	フリガナ	
				漢字	
住所	〒				
電話	-			※「枝番」について、不明な場合は省略できます。	

◆必須項目1～3及び8については、必ず回答してください。他の項目にも回答すると特定保健指導の対象者に該当した場合、より個人に合った指導を受けることができます。

	質問項目	回答
	1～3 現在、aからcの薬の使用の有無(※①) (※① 医師の判断・治療のもとで服薬中の者を指す)	
必須項目	1 a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	3 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<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、慢性腎臓病や慢性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
必須項目	8 現在、たばこを習慣的に吸っていますか(※②) (※② 「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6か月以上吸っている者」であり、最近1か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"/> 何でもかんで食べることができる <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 <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"/> 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、洋酒など)を飲む頻度	<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日当たりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安:ビール(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