

質 問 票

(40歳以上の方は、補助金申請書に添付してください)

健康保険被保険者証の

受診者の

被保険者との

記号_____

番号_____

氏名_____

続柄_____

	質 問 項 目	回 答(該当するものに☑)
1	現在、血圧を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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る。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
6	医師から、慢性腎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)を受けている。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがある。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1ヶ月間吸っている 条件2:生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> 1: はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 2: 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> 3: いいえ(1・2以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
12	同年代の同性と比較して歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態について。	<input type="checkbox"/> 1: 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 2: 歯や歯ぐき、かみ合わせなどで気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> 3: ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 1:速い <input type="checkbox"/> 2:ふつう <input type="checkbox"/> 3: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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る。	<input type="checkbox"/> 1:毎日 <input type="checkbox"/> 2:時々 <input type="checkbox"/> 3: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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	<input type="checkbox"/> 1: 毎日 <input type="checkbox"/> 2: 週5~6日 <input type="checkbox"/> 3: 週3~4日 <input type="checkbox"/> 4: 週1~2日 <input type="checkbox"/> 5: 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 6: 月に1日未満 <input type="checkbox"/> 7: やめた <input type="checkbox"/> 8: 飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当りの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安 ビール 中瓶1本(同5度、500ml) 焼酎 1杯(同25度、110ml) ワイン 1.5杯(同14度、180ml) ウイスキーダブル 1杯(同43度、60ml) 缶チューハイ 1本(同5度、約500ml、同7度、約350ml)	<input type="checkbox"/> 1: 1合未満 <input type="checkbox"/> 2: 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 3: 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 4: 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5: 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2: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"/> 1: 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 2: 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 3: 近いうちに(1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 4: 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 5: 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
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"/> 1:はい <input type="checkbox"/> 2:いいえ

◎この「質問票」により取得した個人情報、健康保険業務(重症化予防・特定保健指導管理事項等)以外に使用いたしません。