

## 厚木市特定健康診査 問診票

住所	厚木市	電話番号 (携帯)	- -
氏名		生年月日	年 月 日

No.	質問票(いずれかに○を付けてください。) 例: はい <u>いいえ</u>
1	現在、次の薬を服用していますか。 a. 血圧を下げる薬 <span style="float: right;">はい・いいえ</span> b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射 <span style="float: right;">はい・いいえ</span> c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬 <span style="float: right;">はい・いいえ</span>
2	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると 言われたり、治療を受けたことがありますか。 <span style="float: right;">はい・いいえ</span>
3	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると 言われたり、治療を受けたことがありますか。 <span style="float: right;">はい・いいえ</span>
4	医師から慢性腎臓病や腎不全にかかっていると 言われたり、治療を受けたことがありますか。 <span style="float: right;">はい・いいえ</span>
5	医師から貧血と言われたことがありますか。 <span style="float: right;">はい・いいえ</span>
6	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※合計100本以上又は6か月以上かつ最近1か月間吸っている <span style="float: right;">はい・いいえ</span>
7	20歳の時の体重から、10kg以上増加していますか。 <span style="float: right;">はい・いいえ</span>
8	1回30分以上の汗をかく運動を週2日以上、 1年以上続けていますか。 <span style="float: right;">はい・いいえ</span>
9	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日 1時間以上していますか。 <span style="float: right;">はい・いいえ</span>
10	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度は速いほうですか。 <span style="float: right;">はい・いいえ</span>
11	食事をかんで食べる時の状態はどれに当てはまりますか。 ① 何でもかんで食べることができる。 ② 歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある。 ③ ほとんどかめない。
12	人と比較して食べる速度は速いほうですか。 ① 速い ② ふつう ③ 遅い
13	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。 <span style="float: right;">はい・いいえ</span>
14	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。 ① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど摂取しない
15	朝食を抜くことが、週に3回以上ありますか。 <span style="float: right;">はい・いいえ</span>
16	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。 ① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど飲まない(飲めない)
17	飲酒日の1日当たりの飲酒量 ① 1合未満 ② 1～2合未満 ③ 2～3合未満 ④ 3合以上 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">                         清酒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)                     </div>
18	睡眠で休養が十分取れていますか。 <span style="float: right;">はい・いいえ</span>
19	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。 ① 改善するつもりはない。 ② 改善するつもり(おおむね6か月以内) ③ 近い将来(おおむね6か月以内)のうちに、少しづつ始めたい ④ 既に改善に取り組んでいる(6か月未満)。 ⑤ 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)。
20	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。 <span style="float: right;">はい・いいえ</span>

問診等			
A 既往歴	00 なし	01 高血圧	02 高脂血症
	03 脳卒中	04 心臓病	05 糖尿病
	06 腎臓病	07 痛風	08 肝臓病
	09 貧血	10 輸血の経験	11 その他の病気
B 家族歴	00 なし	01 高血圧・脳卒中	
	02 心臓病・心筋梗塞	03 糖尿病	
	04 原因の分からない急死	05 がん(部位)	
C 自覚症状	00 なし	01 疲労感・倦怠感	02 口渴・多飲
	03 頭痛・肩こり・頭重感	04 動悸・息切・胸痛	
	05 たちくらみ	06 めまい・耳鳴	07 せき・痰
	08 胸焼け・腹部不快感		09 腰背部痛
	10 浮腫	11 便通異常	
	その他①		その他②
D その他			