

四街道市短期人間ドック助成事業問診票

住所		承認書番号	1-	受診券番号	
氏名		生年月日		年齢	

次の質問にお答えください。(該当する口に“レ”をご記入ください。)

1. 血圧をさげる薬を飲んでいる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2. インスリン注射又は血糖をさげる薬を飲んでいる	<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飲んでいる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4. 脳卒中(脳出血、脳梗塞)で治療を受けたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5. 心臓病(狭心症、脳梗塞)で治療を受けたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6. 慢性腎臓病や腎不全、人工透析の治療を受けたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7. 医師から貧血と言われたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
現在、タバコを習慣的に吸っている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8. (※「現在、タバコを習慣的に吸っている」者とは、「合計100本以上又は6ヶ月以上吸っている」者であり、最近1ヶ月も吸っている者)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9. 20歳頃の体重よりも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回以上、1年以上つづけている	<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時間以上やっている	<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	<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"/> 歯や歯茎、噛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 <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	<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> おそい
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"/> 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回以上ある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
18. お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒)を飲む頻度	<input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々
19. 飲酒の1日当たり 清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(500ml)、 焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル一杯(60ml) ワイン2杯(240ml) の飲酒量	<input type="checkbox"/> 1合未満	<input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2合~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っていますか	<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ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね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"/> すでに改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> すで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

※人間ドックを受検した方は、特定健康診査を受診したとみなします。特定健康診査・特定保健指導に活用させていただきますので、ご了承のうえ提出ください。