

# 質問票 (健診結果送付用)

保険証の記号	保険証の番号	受診者氏名
フオカード送付先住所 〒		

	質問項目	回答		
キリストリ	現在、aからcの薬の使用の有無			
	1 a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	2 b. 血糖を下げる薬またはインスリン注射	<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る。	<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る。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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"/> 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	
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
10	1回30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
11	日常生活において歩行 また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"/> 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"/> 歯や歯ぐき、 かみあわせなど 気になる部分があり、 かみにくことがある	<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"/> 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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
16	朝昼夜の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している。	<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(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	<input type="checkbox"/> 每日	<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"/> 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	<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する意思がある。	<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、少しづつ始めている
		<input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)	<input type="checkbox"/> 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保健指導を受ける機会があれば、 利用する意思がある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
*	今年度中に大腸がん検診を受けた。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
*	今年度中に胃がん検診を受けた。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	