

保険証記号-番号

—

氏名

※以下の質問について、回答から当てはまる番号1つに○、()内には数字を記入してください。

	質問項目(「標準的な質問票より」)	回答
1	血圧を下げる薬を服用中ですか	①はい ②いいえ
2	血糖を下げる薬又はインスリン注射にて治療中ですか	①はい ②いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用中ですか	①はい 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りますか。	①はい 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りますか。	①はい 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)を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	①はい 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か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	①はい(条件1と条件2を両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③いいえ(①②以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	①はい 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年以上実施していますか。	①はい ②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ますか。	①はい ②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。	①はい ②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。	①何でもかんで食べることができる ②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 ③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。	①速い ②ふつう 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回以上ありますか。	①はい 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ますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが、週に3回以上ありますか。	①はい 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)	①毎日 ⑤月に1～3日 ②週5～6日 ⑥月に1日未満 ③週3～4日 ⑦やめた ④週1～2日 ⑧飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの位ですか。 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安:ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上
20	睡眠で休養が十分にとれていますか。	①はい 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。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである (おおむね6か月以内) ③近いうちに(おおむね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている 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)
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。	①はい ②いいえ

※以下の質問について、回答から当てはまる番号1つに○、()内には数字または、文字を記入してください。

その他の質問項目	質問内容		回答
23 食事		1日何回食事をとりますか。	()回
24 たばこ (※喫煙者のみ 回答)	24-1	何年吸っていますか。 (禁煙期間を除く、端数は6ヶ月以上を1年分とする)	()年
	24-2	1日何本吸っていますか。	()本
25 睡眠と休養	25-1	1日の睡眠時間はどのくらいですか。	()時間
	25-2	疲労感などの症状はありますか。 (最も近いと思われるもの1つに○)	①特になし ②だるい ③頭が重い ④身体が重い ⑤眠りが浅い
26 既往歴 現病歴	26-1	現在、治療している病気、または 過去にかかった病気はありますか。	①はい ②いいえ
	26-2	治療している病気、または 過去にかかった病気をお書きください。 例: 高血圧(治療中) 尿路結石(35歳治癒) アレルギー性鼻炎(経過観察中)	()
27 自覚症状	27-1	現在、気になる症状はありますか。	①はい ②いいえ
	27-2	気になる症状をお書きください。	()
28 業務歴		現在のお仕事につかれてどのくらいですか。	()年
29 労働		<u>1週間</u> の労働時間はどのくらいですか。	()時間

以上で、終了です。