

特定健康診査情報提供書兼質問票(健康診断用)

私は、事業者が実施する健康診断または人間ドックの結果を特定健康診査の結果データとして、釧路市に提供します。

住 所: 釧路市

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号: _____ - _____ - _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏 名: _____

質問事項		回答欄 該当するものに☑を入れてください		
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	<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りますか。	<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りますか。	<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)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	<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"/> はい(条件1と条件2を両方満たす)		
		<input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1ヶ月は吸っていない(条件2のみ満たす)		
		<input type="checkbox"/> いいえ(上記2つ以外)		
9	20歳の時の体重から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日以上、1年以上実施していますか。	<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時間以上実施していますか。	<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ですか。	<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ですか。	<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> 普通	<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回以上ありますか。	<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回以上ありますか。	<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"/> 毎日		
		<input type="checkbox"/> 週5~6日		
		<input type="checkbox"/> 週3~4日		
		<input type="checkbox"/> 週1~2日		
		<input type="checkbox"/> 月1~3日		
		<input type="checkbox"/> 月に1日未満		
		<input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)		
19	飲酒日1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 ※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・350ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満		
		<input type="checkbox"/> 1~2合未満		
		<input type="checkbox"/> 2~3合未満		
		<input type="checkbox"/> 3~5合以上		
		<input type="checkbox"/> 5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いませんか。	<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"/> 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、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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	