

※受診券及び旭化成健康保険契約健診機関で健診を受診された場合は、提出不要です。

特定健診問診票

旭化成健康保険組合	保険証	記号	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21
*保険証に記載されている氏名通りご記入ください		番号	*06450019ではありません	
ふりがな 受診者氏名	生年月日 (西暦)	西暦	年	月
受診医療機関名	受診日 (西暦)	西暦	年	月

問診内容	回答欄
	該当する□にレ点または○を記入
1 血圧を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 インスリン注射または血糖を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3 コレステロールを下げる薬を使用している。	<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、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7 医師から、貧血といわれたことがある。	<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を両方満たすものである。 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	<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か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ(上記以外)
9 20才の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10 1日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べて歩く速度が速い。	<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"/> なん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、 <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 月に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 飲酒日の1日あたりの飲酒量 ※日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安 ビール中瓶1本(同5度・約500ml)/焼酎35度(同25度・80ml)/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)	<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合未満 <input type="checkbox"/> 5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 運動や食生活など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か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1か月以内)に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か月未満) <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

ありがとうございました。