

※受診券及び旭化成健保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 (保険証に記載されている氏名通りご記入ください)	保 険 証	記号	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21	
		番号	(06450019は違います)		
ふりがな	生年月日(西暦)		年	月	日
氏名					

●受診医療機関名	●受診日(西暦)
	年 月 日

問診内容		回答欄	
		該当する□にシ点または○を記入	
1-3	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. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<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。 「現在、習慣的に喫煙している者」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ヶ月間も吸っている者。	<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"/> なんでもかんで食べる事ができる <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	ヒトと比較して食べる速度が速い。	<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(日本酒・焼酎・ビール・洋酒など)を飲む頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <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:ビール約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"/> 0-1合未満 <input type="checkbox"/> 1-2合未満 <input type="checkbox"/> 2-3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

ありがとうございました。