

# 質 問 票（加須市国民健康保険）

人間ドック

氏 名

生年月日

年

月

日

| 質問項目 |                                                                                                                                              | 回答（当てはまるものに☐）                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                           |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-   | 現在、aからcの薬の使用の有無（医師の診断・治療のもとで服薬中のものを指す）                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                           |
| 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（人工透析など）を受けたことがある。                                                                                          | <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。<br>※「現在、習慣的に喫煙している者」：条件1と条件2を両方満たすもの。<br>条件1：最近1か月間吸っている<br>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"/> ①はい（条件1と条件2を両方満たす）<br><input type="checkbox"/> 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）<br><input type="checkbox"/> いいえ（①②以外）                                                                                                   |                                                                                                                                           |
| 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回以上、1年以上実施。                                                                                                               | <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。                                                                                                               | <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るか。                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる<br><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<br><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"/> はい<br><input type="checkbox"/> 遅い                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> ふつう                                                                                                              |
| 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る。                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 毎日<br><input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 時々                                                                                                               |
| 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。<br>※「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<br><input type="checkbox"/> 週3～4日<br><input type="checkbox"/> 月1～3日<br><input type="checkbox"/> やめた                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 週5～6日<br><input type="checkbox"/> 週1～2日<br><input type="checkbox"/> 月1日未満<br><input type="checkbox"/> 飲まない（飲めない） |
| 19   | 飲酒日の1日当たりの飲酒量<br>日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安<br>ビール（同5度・500ml）、焼酎（同25度・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） | <input type="checkbox"/> 1合未満<br><input type="checkbox"/> 2～3合未満<br><input type="checkbox"/> 5合以上                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 1～2合未満<br><input type="checkbox"/> 3～5合未満                                                                        |
| 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う。                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 改善するつもりはない<br><input type="checkbox"/> 改善するつもりである（概ね6か月以内）<br><input type="checkbox"/> 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている<br><input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月未満）<br><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る。                                                                                                            | <input type="checkbox"/> はい                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                              |