

質 問 票(対象者記入)

受診券整理番号	1 9 5 0 0 0 0	保険者名	福岡県医師国民健康保険組合		
フリガナ		保険者番号	00403030		
対象者氏名		生年月日	昭和 年 月 日	性別	男・女
自宅住所	〒 -				
連絡先	Tel () -		FAX () -		

※自宅住所・連絡先も必ずご記入下さい

質問項目		回 答	
		① はい	② いいえ
現在、aからcの薬の使用の有無			
1-3	1 a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると 言われたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると 言われたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると 言われたり、治療(人工透析等)を受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	医師から貧血と言われたことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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ヶ月以上喫煙している者」であり、最近1ヶ月も喫煙している者)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる。 ② <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。 ③ <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。	① 速い <input type="checkbox"/> ② 普通 <input type="checkbox"/> ③ 遅い <input type="checkbox"/>	
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"/>	<input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> ② 時々 <input type="checkbox"/> ③ ほとんど摂取しない <input type="checkbox"/>	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒等)を飲む頻度	① 毎日 <input type="checkbox"/> ② 時々 <input type="checkbox"/> ③ ほとんど飲まない(飲めない) <input type="checkbox"/>	
19	飲酒日の1日当たりに飲酒量 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)	① 1合未満 <input type="checkbox"/>	
		② 1~2合未満 <input type="checkbox"/>	
		③ 2~3合未満 <input type="checkbox"/>	
		④ 3合以上 <input type="checkbox"/>	
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思う。	① 改善するつもりはない <input type="checkbox"/>	
		② 改善するつもりである (概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/>	
		③ 近いうちに改善するつもりであり、 少しずつ始めている (概ね1ヶ月以内) <input type="checkbox"/>	
		④ 既に改善に取り組んでいる (6ヶ月未満) <input type="checkbox"/>	
		⑤ 既に改善に取り組んでいる (6ヶ月以上) <input type="checkbox"/>	
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する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>