

保険証番号

氏名

受検日

【平成30年4月改定】

56-

年 月 日

日常のことについて該当している □ に レ をつけてください。

①	現在、血圧を下げる薬を使用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②	現在、インスリンを注射、または血糖を下げる薬を使用していますか	<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使用していますか	<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）にかかっていると言われたり、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）にかかっていると言われたり、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、慢性の腎不全にかかっていると言われたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか	<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	<input type="checkbox"/> はい（禁煙中 1か月未満を含む） <input type="checkbox"/> いいえ
⑨	20歳の時の体重よりも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分以上の汗をかく運動を週2日以上、1年間実施していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪	歩行または同等の身体活動やお仕事・家事を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"/> 歯や歯ぐきなど気になる部分があり、かみにくい <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
⑭	人と比べて食べる速度が速いですか	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ぶつう <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とることがありますか	<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（清酒、焼酎、ビール等）を飲む頻度 〔清酒1合（180ml）の目安〕 ビール中瓶1本（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"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない（飲めない） 1日あたりの飲酒量を記入してください <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合以上
⑲	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
⑳	運動や食生活の生活習慣を改善し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（6ヶ月以内） <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内にはじめる、または最近のはじめた <input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） <input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）
	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
	・現在、治療（通院）中の病気がありましたら記入してください。	()