

個別けんしんを受診する際に、受診券と一緒に窓口に提出してください。

勝央町国民健康保険 特定健康診査（特定けんしん） 問診票（個別健診用）

|                              |       |      |           |   |   |   |
|------------------------------|-------|------|-----------|---|---|---|
| 国民健康<br>保険<br>記号・番号          | 岡67 - | 氏名   |           |   |   |   |
|                              |       | 生年月日 | S · T     | 年 | 月 | 日 |
| 特定健診<br>受診券<br>整理番号<br>(11桁) |       | 住所   | 岡山県勝田郡勝央町 |   |   |   |
|                              |       | 電話番号 | (         | ) | - |   |

以下のすべての質問について、該当する項目の□に☑もしくは該当する番号を書いてください。

| 番号  | 質問項目                                                                                                                                         | 回答                                                                                                  |     |   |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|
|     |                                                                                                                                              | はい                                                                                                  | いいえ |   |
| 1~3 | 現在、医師の診断・治療のもとでaからcの薬を服薬していますか？                                                                                                              | /                                                                                                   |     |   |
| 1   | a. 血圧を下げる薬                                                                                                                                   | □                                                                                                   | □   |   |
| 2   | b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射                                                                                                                          | □                                                                                                   | □   |   |
| 3   | c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬                                                                                                                         | □                                                                                                   | □   |   |
| 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？                                                                                              | □                                                                                                   | □   |   |
| 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？                                                                                             | □                                                                                                   | □   |   |
| 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）を受けたことがありますか？                                                                                            | □                                                                                                   | □   |   |
| 7   | 医師から、貧血といわれたことがありますか？                                                                                                                        | □                                                                                                   | □   |   |
| 8   | <p>現在、たばこを習慣的に吸っていますか？</p> <p>※「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。</p> <p>条件1：最近1か月間吸っている。</p> <p>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。</p> | <p>1：はい（条件1と条件2を両方満たす）</p> <p>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）</p> <p>3：いいえ（条件1と条件2を両方満たさない）</p> | 番号  | □ |
| 9   | 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか？                                                                                                                    | □                                                                                                   | □   |   |
| 10  | 1回30分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか？                                                                                                          | □                                                                                                   | □   |   |
| 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ますか？                                                                                                         | □                                                                                                   | □   |   |
| 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？                                                                                                                    | □                                                                                                   | □   |   |
| 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？                                                                                                                   | <p>1：何でもかんで食べることができる</p> <p>2：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。</p> <p>3：ほとんどかめない</p>              | 番号  | □ |

| 番号 | 質問項目                                                                                                                                                                                                                                                    | 回答                       |                          |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                         | はい                       | いいえ                      |
| 14 | 人と比較して食べる速度が速いですか？<br>1：速い 2：ふつう 3：遅い                                                                                                                                                                                                                   | 番号                       | <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回以上ありますか？                                                                                                                                                                                                                          | <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？<br>1：毎日<br>2：時々<br>3：ほとんど摂取しない                                                                                                                                                                                              | 番号                       | <input type="checkbox"/> |
| 17 | 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか？                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか？<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）<br>1：毎日<br>2：週5～6日<br>3：週3～4日<br>4：週1～2日<br>5：月に1～3日<br>6：月に1日未満<br>7：やめた<br>8：飲まない(飲めない)                                                                   | 番号                       | <input type="checkbox"/> |
| 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)、<br>焼酎(同25度・約110ml)、<br>ワイン(同14度・約180ml)、<br>ウイスキー(同43度・60ml)、<br>缶チューハイ(同5度・約500ml、<br>同7度・約350ml)<br>1：1合未満<br>2：1～2合未満<br>3：2～3合未満<br>4：3～5合未満<br>5：5合以上<br>※飲まない(飲めない)人は「1」を選択してください。 | 番号                       | <input type="checkbox"/> |
| 20 | 睡眠で休養が十分とれていますか？                                                                                                                                                                                                                                        | <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いませんか？<br>1：改善するつもりはない<br>2：改善するつもりである(概ね6か月以内)<br>3：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>4：既に改善に取り組んでいる(6か月未満)<br>5：既に改善に取り組んでいる(6か月以上)                                                                                         | 番号                       | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |

**問診は以上です。ご協力ありがとうございました。**

※注意事項（必ずご覧ください。）

①この問診票は、個別健診（特定健診実施医療機関に直接予約をして受診する特定健診）の際に使用する問診票となります。  
集団健診（勝央町総合保健福祉センターにて行われる特定健診）には使用できません。

②特定健診受診当日において国民健康保険の資格を有していない人（例：会社の保険に加入／働いている人の保険の扶養に入った等）は、特定健診を受診できません。  
健診の受診を希望する場合は、お勤め先または加入保険者にご相談ください。