

質問票（人間ドック補助金申請用）

記入例

記号	番号	受診者氏名	受診日
池国	000000	池田 福丸	令和 〇 年 〇 月 〇 日

※当てはまる番号に○印をご記入下さい。（各質問に回答はひとつだけ選んでください）

質問項目		回答
1	現在、aからcの薬を使用していますか。（医師の診断・治療のもとで服薬中のもの）	a. 血圧を下げる薬 <input checked="" type="radio"/> ①はい <input type="radio"/> ②いいえ
	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> ②いいえ
	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> ②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="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> ②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="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> ②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）を受けたことがありますか。	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> ①はい <input type="radio"/> ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。（吸い始めてから合計100本以上または6ヶ月以上吸っており、最近1ヶ月間も吸っている）	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> ②以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない <input type="radio"/> ③いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	<input checked="" type="radio"/> ①はい <input type="radio"/> ②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年以上実施していますか。	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> ②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ますか。	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> ②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 checked="" type="radio"/> ①はい <input type="radio"/> ②いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれに当てはまりますか。	<input type="radio"/> ①何でもかんで食べることができる <input checked="" type="radio"/> ②歯や歯ぐき、かみ合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="radio"/> ③ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	<input type="radio"/> ①速い <input checked="" type="radio"/> ②ぶつう <input type="radio"/> ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> ②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ますか。	<input checked="" type="radio"/> ①毎日 <input type="radio"/> ②時々 <input type="radio"/> ③ほとんど摂取しない
17	朝食を食べない日が週に3回以上ありますか。	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> ②いいえ
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。 ※「⑦やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒があった方が、最近1年以上飲酒をしていないことを指します。	<input type="radio"/> ①毎日 <input type="radio"/> ②週5～6日 <input type="radio"/> ③週3～4日 <input type="radio"/> ④週1～2日 <input type="radio"/> ⑤月に1～3日 <input checked="" type="radio"/> ⑥月に1日未満 <input type="radio"/> ⑦やめた <input type="radio"/> ⑧飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの程度ですか。 ※日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（同5度・500ml）、焼酎（同25度・約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 checked="" type="radio"/> ①合未満 <input type="radio"/> ②1～2合未満 <input type="radio"/> ③2～3合未満 <input type="radio"/> ④3～5合未満 <input type="radio"/> ⑤5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	<input checked="" type="radio"/> ①はい <input type="radio"/> ②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="radio"/> ①改善するつもりはない <input checked="" type="radio"/> ②改善するつもりである（概ね6か月以内） <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> ④既に改善に取り組んでいる（6か月未満） <input type="radio"/> ⑤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りますか。	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> ②いいえ

※厚労省の定める特定健康診査の「標準的な質問票」を一部改変。この質問票は、データ分析および保健指導以外の目的には利用いたしません。