

# 標準的な質問票

〔保険者番号〕

〔記号・番号〕

フリガナ  
〔名前〕

質問項目		回答	
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無		
1	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	c. コレステロールを下げる薬	<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）にかかっているといわれたり、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いわれたり、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、貧血といわれたことがある。	<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。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
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分以上の汗をかく運動を週2日以上、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	ほぼ同じ年齢の同姓と比較して歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い <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	夕食後に間食（3食以外の夜食）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
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（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない（飲めない）	<input type="checkbox"/> 時々
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合（180ml）の目安：ビール中瓶1本（約500ml）、焼酎35度（80ml）、ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満	<input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
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（概ね6か月以内） <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 <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） <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