

※これは特定健康診査の受診券ではありません。ご注意ください。

注 意 事 項	1. <u>検査結果は原則全て記入してください。</u> 2. この報告書で健診結果を提供していただくと、組合の特定健康診査結果のデータとして登録し、メタボリックシンドロームの階層化を経て、保健指導を利用することができます。 3. この報告書は、組合の特定健康診査のデータとして匿名化され、部分的に国へ提出されますので、ご了承の上、報告願います。 4. <u>裏面の質問票も、必ず記入してください。</u>
------------------	---

※この申請にかかる個人情報、特定健康診査・特定保健指導以外の目的には使用いたしません。

質 問 票(対象者記入)

受診券整理番号	2 5 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・連絡先については、結果通知の際に必要となりますので必ずご記入下さい

質 問 項 目		回 答	
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	☐ はい	☐ いいえ
	2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	☐ はい	☐ いいえ
	3 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	☐ はい	☐ 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る。	☐ はい	☐ 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る。	☐ はい	☐ 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言われたり、治療(人工透析等)を受けたことがある。	☐ はい	☐ いいえ
7	医師から貧血と言われたことがある。	☐ はい	☐ いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている。 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)	① ☐ はい(条件1と条件2を両方満たす) 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) ③ ☐ いいえ(①②以外)	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	☐ はい	☐ 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年以上実施している。	☐ はい	☐ 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る。	☐ はい	☐ 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。	☐ はい	☐ 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。	① ☐ 何でもかんで食べることができる。 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。 ③ ☐ 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 ② ☐ 普通 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回以上ある。	☐ はい	☐ 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。	① ☐ 毎日 ② ☐ 時々 ③ ☐ ほとんど摂取しない	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	☐ はい	☐ 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。 (※「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)	① ☐ 毎日 ② ☐ 週5～6日 ③ ☐ 週3～4日 ④ ☐ 週1～2日 ⑤ ☐ 月に1～3日 ⑥ ☐ 月に1日未満 ⑦ ☐ やめた ⑧ ☐ 飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 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)	① ☐ 1合未満 ② ☐ 1～2合未満 ③ ☐ 2～3合未満 ④ ☐ 3～5合未満 ⑤ ☐ 5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれている。	☐ はい	☐ 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う。	① ☐ 改善するつもりはない ② ☐ 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) 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 ④ ☐ 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) 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。	☐ はい	☐ いいえ