

被扶養者健診 問診票

※基本健診補助金申請時・お勤め先の健診結果提出時に必ず提出してください。医療機関への提出用紙ではありません。

保険証No	記号	番号	記入日	西暦 202	年	月	日
氏名		生年月日	西暦	年	月	日	年齢 2025年3月31日時点 歳

以下の質問について該当するものに☑を付けてください

1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を服用していますか	<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服用していますか	<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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						
7	医師から、貧血にかかっているとい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 （*「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は生涯で6か月間以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが最近1か月間は吸っていない	<input type="checkbox"/> いいえ					
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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="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、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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> ふつう	<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に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摂取していますか	<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（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）	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週5~6日	<input type="checkbox"/> 週3~4日	<input type="checkbox"/> 週1~2日	<input type="checkbox"/> 月1~3日	<input type="checkbox"/> 月1日未満	<input type="checkbox"/> やめた	<input type="checkbox"/> 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くらいですか （日本酒1合(180ml)の目安）ビール(5度)500ml、焼酎(25度)110ml、ウイスキー(43度)60ml、ワイン(14度)180ml、缶酎ハイ(5度)500ml、(7度)350ml	<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"/> 3~5合未満	<input type="checkbox"/> 5合以上			
20	睡眠で休養が十分にとれていますか	<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、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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						

※記入に際して不明な点がございましたら健保保健師までお問い合わせください