

特 定 健 診 質 問 票

記号		番号		事業所名	
受診者氏名	フリガナ			生年月日	昭和 年 月 日
※該当する番号に○印をつけて下さい。					
1. 現在、a～cの薬を服用していますか。					
a 血圧を下げる薬				1. はい 2. いいえ	
b インスリン注射又は血糖を下げる薬				1. はい 2. いいえ	
c コレステロールを下げる薬				1. はい 2. いいえ	
2. 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。				1. はい 2. いいえ	
3. 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。				1. はい 2. いいえ	
4. 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。				1. はい 2. いいえ	
5. 医師から貧血といわれたことがありますか。				1. はい 2. いいえ	
6. 現在、1ヶ月以上たばこを吸っていますか。				1. はい 2. いいえ	
7. 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。				1. はい 2. いいえ	
8. 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。				1. はい 2. いいえ	
9. 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。					
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か月以内） 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）					