

問 診 票 (後期高齢被保険者用)

フリガナ 氏名		住所	〒 日光市	(電話)			
生年月日	年 月 日	(受診月末年齢)		歳・年度末年齢	歳)	性別	男・女

※ 処 理 欄	受診券番号	- 1 -					
	メタボ判定	メタボ該当・メタボ予備群・非該当・判定不能					
	特定保健指導	情報提供					

問診項目 (回答欄の該当する選択肢を「○」で囲んで下さい)

質問項目		回答		
1-3	現在、医師の診断・治療のもとでの以下の薬の使用はありますか。			
1	a. 血圧を下げる薬	① はい	② いいえ	
2	b. 血糖を下げる薬またはインスリン注射	① はい	② いいえ	
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	① はい	② いいえ	
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかるといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい	② いいえ	
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかるといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい	② いいえ	
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかるといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	① はい	② いいえ	
7	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	
8	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	① よい	② まあよい ③ ふつう	④ あまりよくない ⑤ よくない
9	毎日の生活に満足していますか。	① 満足	② やや満足 ③ やや不満	④ 不満
10	1日3食きちんと食べていますか。	① はい	② いいえ	
11	半年前に比べて固いもの(※)が食べにくくなりましたか。 ※さきいか、たくあんなど	① はい	② いいえ	
12	お茶や汁物等でむせることができますか。	① はい	② いいえ	
13	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか。	① はい	② いいえ	
14	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	① はい	② いいえ	
15	この1年間に転んだことがありますか。	① はい	② いいえ	
16	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	① はい	② いいえ	
17	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われていますか。	① はい	② いいえ	
18	今日が何月何日かわからない時がありますか。	① はい	② いいえ	
19	あなたはたばこを吸いますか。	① 吸っている(1日 本、通算 年) ② 吸っていない ③ やめた (やめる前 1日 本、通算 年)		
20	週に1回以上は外出していますか。	① はい	② いいえ	
21	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。	① はい	② いいえ	
22	体調が悪い時に、身近に相談できる人がいますか。	① はい	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。 ※「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方のうち、最近1年以上酒類を摂取していない方	① 毎日 ③ 週3~4日 ⑤ 月に1~3日 ⑦ やめた	② 週5~6日 ④ 週1~2日 ⑥ 月に1日未満 ⑧ 飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量はどのくらいですか。 ※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)	① 1合未満 ③ 2~3合未満 ⑤ 5合以上	② 1~2合未満 ④ 3~5合未満	

※人間ドックの「健診結果書」と一緒にご提出ください。