

# E 問 診 票

被保険者証	記号： 1      ・      50	番号：
氏名		
記入日	20      年      月      日	

**下記の間診にご回答ください(☑チェックを付けてください)**

<p>1. 血圧を下げる薬を服用している。      <input type="checkbox"/> はい      <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>2. 血糖を下げる薬又はインスリン注射を服用している。      <input type="checkbox"/> はい      <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>3. コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用している。      <input type="checkbox"/> はい      <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>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る。      <input type="checkbox"/> はい      <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>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る。      <input type="checkbox"/> はい      <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>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(人工透析など)を受けたことがある。      <input type="checkbox"/> はい      <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>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</p> <p>8. 現在、タバコを習慣的に吸っている。      <input type="checkbox"/> はい      <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p style="font-size: small;">※「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</p> <p>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</p> <p>10. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施している。      <input type="checkbox"/> はい      <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>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。      <input type="checkbox"/> はい      <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>12. ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。      <input type="checkbox"/> はい      <input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>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。</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 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</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ほとんどかめない</p> <p>14. 人と比較して食べる速度が速い。      <input type="checkbox"/> 速い      <input type="checkbox"/> 普通</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 遅い</p> <p>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</p> <p>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</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない</p> <p>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</p> <p>18. お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度      <input type="checkbox"/> 毎日      <input type="checkbox"/> 時々</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> ほとんど飲まない</p> <p>19. 飲酒日の1日当たりの飲酒量</p> <p style="padding-left: 20px;">日本酒1合(180ml)の目安      <input type="checkbox"/> 1合未満</p> <p style="padding-left: 40px;">ビール……………500ml      <input type="checkbox"/> 1～2合未満</p> <p style="padding-left: 40px;">焼酎25度……………110ml      <input type="checkbox"/> 2～3合未満</p> <p style="padding-left: 40px;">ウイスキー・ダブル1杯……………60ml      <input type="checkbox"/> 3合以上</p> <p style="padding-left: 40px;">ワイン2杯……………240ml</p> <p>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</p> <p>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すか。</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 改善するつもりはない</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり少しずつ始めている</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)</p> <p>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</p>
--	---

— 健診結果と一緒に送ってください —