

# E 問診票

花王健保の健診コース（A:特定健診40、B:特定健診35、C:生活習慣病健診D:イベント健診）で受診をされた場合、健診結果のコピーは送付不要です。

記入日： 年 月 日

被保険者証	記号： 1 ・ 50	番号：
氏名		
日中連絡可能な電話番号	※内容確認等でご連絡させていただく場合がございますので必ずご記入ください。 — —	

- 【提出書類】  問診票  
 健診結果のコピー ※必ずご提出ください（原則返却不可）

下記の問診にご回答ください（チェックを付けてください）

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	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
2 血糖を下げる薬を服用している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	16 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取しているか <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
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	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
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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）はどの位の頻度で飲みますか （※「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）
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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	18 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5日～6日 <input type="checkbox"/> 週3日～4日 <input type="checkbox"/> 週1日～2日 <input type="checkbox"/> 月1日～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）
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（人工透析など）を受けたことがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの位ですか ※日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安 ・ビール（アルコール度数5度・500ml） ・焼酎（アルコール度数25度・約110ml） ・ワイン（アルコール度数14度・約180ml） ・ウイスキー（アルコール度数43度・60ml） ・缶チューハイ（アルコール度数5度・約500ml） （アルコール度数7度・約350ml）
7 医師から、貧血と言われたことがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	19 <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
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ヶ月間吸っている 条件2：生涯で1ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている <input type="checkbox"/> はい（条件1、2を両方満たす） <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが最近1ヶ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> いいえ（上記以外）	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
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	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思うか <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）
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	21
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	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
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	
13 食事をかんで食べる時の状態は以下のどれにあてはまるか <input type="checkbox"/> なんでもかんで食べることができる <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 <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 <input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> おそい	