

# 特定健康診査問診票

採用時健康診断を外部医療機関で受診された職員用

所属名	氏名	生年 月日	西暦 年 月 日
	<b>質問項目</b>	<b>回答</b>	
	現在、a から c の薬を使用している		
1-3	1 a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	2 b. 血糖を下げる薬またはインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	3 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<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る	<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る	<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)を受けたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
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
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか <small>※ 現在、習慣的に喫煙している者とは、条件1・2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている</small>	<input type="checkbox"/> はい (条件1・2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前吸っていたが、(条件2のみ満たす)最近1か月は吸っていない <input type="checkbox"/> いいえ (条件1・2以外)	
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
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している	<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る	<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"/> 遅い	<input type="checkbox"/> ふつう
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
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	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない	<input type="checkbox"/> 時々
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
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 <small>※ 「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</small>	<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"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの位ですか <small>※ 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)</small>	<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	睡眠で休養が十分とれている	<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(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうち(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
23	何か健康について相談したいことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

記載されたものを保健管理センターへ直接提出するか、メールの添付でお送りください。

保健管理センター

mail : hokekan1@cc.okayama-u.ac.jp

内線 : 7223