

事業所名 \_\_\_\_\_  
 記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_  
 受診機関 \_\_\_\_\_

受診者名 \_\_\_\_\_

受診日 令和 年 月 日

●標準的な質問票

		質問項目	回答	
1~3		現在、次のaからcの薬を服用していますか。		
必須項目	1	a 血圧を下げる薬	① はい ② いいえ	※
	2	b 血糖を下げる薬又はインスリン注射	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）にかかっているとされたり、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）にかかっているとされたり、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っているとされたり、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、貧血と言われたことがありますか。	① はい ② いいえ	
必須項目	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を両方満たすものである。 条件1：最近1ヵ月間吸っている 条件2：生涯で6ヵ月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	① はい（条件1と条件2を両方満たす） ② 以前は吸っていたが最近1ヵ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ③ いいえ（①②以外）	※
9		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	
10		1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	① はい ② 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ますか。	① はい ② 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。	① はい ② いいえ	
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。	① 何でもかんで食べることができる ② 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 ③ ほとんどかめない	
14		人と比較して食べる速度が速いですか。	①速い ②ふつう ③遅い	
15		就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	① はい ② 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ますか。	① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど摂取しない	
17		朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	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者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	① 毎日 ② 週5~6日 ③ 週3~4日 ④ 週1~2日 ⑤ 月に1~3日 ⑥ 月に1日未満 ⑦ やめた ⑧ 飲まない(飲めない)	
19		飲酒日の1日当たりの飲酒量 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 ② 1~2合未満 ③ 2~3合未満 ④ 3~5合未満 ⑤ 5合以上	
20		睡眠で休養が十分とれていますか。	① はい ② 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。	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（概ね1か月以内）に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）	
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。	① はい ② いいえ	

注) ※印欄は必須事項になりますので、必ずご回答ください。1~3の服薬の使用の有無は、医師の診断、治療のもとでの服薬中を指します。薬の飲み忘れや、自己判断による中断は「②いいえ」になりませんので、ご注意ください。