

受診で最大1万円の
金券が当たる!!
★裏面参照

特定健診質問票

記入方法等
裏面もご覧
ください

事前にすべての項目を記入し、健診を受診する際に受診シール・マイナ保険証等と一緒に提出ください。

※ 機械で読みこむため、大きく読みやすい字でご記入ください。

フリガナ											特定健診を受けようと思ったきっかけの番号を 下記から選んで右枠にご記入ください。 →									
氏名											1. 受診シール 2. はがき 3. 毎年受けている 4. 国保資格関連の通知に同封されたチラシ 5. 受け得キャンペーン 6. その他									
生年月日 (西暦)						年			月			日	電話 番号							

※記載していただきました電話番号は受診勧奨等の保健事業に利用させていただくことがあります。

● 1~24までの質問を読み、右の回答欄の該当するものを○で囲んでください。		回答欄
※注意:お薬手帳等や主治医にご確認のうえ、正しくご記入ください。 ①は「はい」と回答した場合は特定保健指導対象外となります。		
1	日頃、医師から処方された 血圧 を下げる薬を飲んでいませんか。	① はい ② いいえ
2	日頃、医師から処方された インスリン 注射を使用又は 血糖 を下げる薬を飲んでいませんか。	① はい ② いいえ
3	日頃、医師から処方された コレステロール や 中性脂肪 を下げる薬を飲んでいませんか。	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 ある ② ない
5	医師から、 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 ある ② ない
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)を受けていますか。	① ある ② ない
7	医師から、 貧血 と言われたことがありますか。	① ある ② ない
8	現在、 たばこ を習慣的に吸っていますか。 *「習慣的な喫煙」とは、過去に計100本以上又は6か月以上吸っていて、かつ最近1か月間も吸っている状態	① 吸っている ② 以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない ③ 吸っていない
9	20歳の時の体重から 10kg 以上増えていますか。	① 増えた ② 増えていない
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 している ② していない
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 している ② していない
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度は 速い ですか。	① 速い ② 速くない
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3回 以上ありますか。	① ある ② ない
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3回 以上ありますか。	① ある ② ない
18	お酒(日本酒・焼酎・ビール・洋酒など)を飲む回数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が、最近1年以上酒類を摂取していない状態	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	飲むときの量はどのくらいですか。 *1合の目安: 日本酒(アルコール度数15%)180ml、ビール(同5%)500ml、焼酎(同25%)約110ml、ワイン(同14%)約180ml、ウイスキー(同43%)60ml、缶チューハイ(同5%)約500ml、缶チューハイ(同7%)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 とれている ② とれていない
21	運動や食習慣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 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりで、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 ある ② ない
23	既往歴及び現病歴(治療中も含む)がありますか。 ① ある(高血圧・脳卒中・心臓病・糖尿病・腎臓病・脂質異常症・貧血・肝機能障害・他()) ② ない	
24	気になる自覚症状はありますか。 ① ある(頭痛・肩こり・めまい・しびれ・口渇・動悸・胸痛・息切れ・他()) ② ない	

この質問票は、健診結果記録票と併せて前橋市に提出され、保健指導や受診勧奨等に活用されます。前橋市では収集した個人情報は、国民健康保険法第82条又は高齢者の医療の確保に関する法律第125条第1項に基づく保健事業、介護保険法第115条の45に基づく地域支援事業並びに健康増進法第17条第1項及び同法第19条の2に基づく健康増進事業の範囲内で利用し、法令等で定められた場合を除き、当該目的の範囲を超えた利用及び提供はいたしません。なお、収集した個人情報は、個人情報保護に関する法律に基づき適正に管理いたします。

医療機関コード