

質問票 (健診結果送付用)

保険証の記号	保険証の番号	受診者氏名
クオカード送付先住所		
〒		

質問項目	回答
1-3 現在、aからcの薬の使用の有無	
1 a. 血圧を下げる薬	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
2 b. 血糖を下げる薬またはインスリン注射	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
3 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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)を受けている。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
7 医師から、貧血と言われたことがある。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
8 現在、たばこを習慣的に吸っている。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
9 20歳の時の体重から10kg以上増加している。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
10 1回30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
11 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
12 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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。	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px;">何でもかんで 食べることが ができる</div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px;">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</div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px;">ほとんど かめない</div> </div>
14 人と比較して食べる速度が速い。	速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い <input type="checkbox"/>
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。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
16 朝昼夜の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している。	毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない <input type="checkbox"/>
17 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
18 お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない (飲めない) <input type="checkbox"/>
19 飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安: ビール500ml、焼酎(25度)110ml、 ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px;">1合未満</div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px;">1~2合未満</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px;">2~3合未満</div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px;">3合以上</div> </div>
20 睡眠で休養が十分とれている。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
21 運動や食生活等の生活習慣を改善する意思がある。	<div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;">改善するつもりはない</div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;">改善するつもりである(概ね6カ月以内)</div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;">近いうちに(概ね1カ月以内)改善する つもりであり、少しずつ始めている</div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;">既に改善に取り組んでいる(6カ月未満)</div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;">既に改善に取り組んでいる(6カ月以上)</div>
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、利用する意思がある。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
* 今年度中に大腸がん検診を受けた。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
* 今年度中に胃がん検診を受けた。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>