

実施日 _____ 受診券整理番号 _____ 保険者番号 _____
 被保険者証等記号 _____ 番号 _____
 フリガナ _____ 生年月日 _____
 氏名 _____ 性別 _____ 年齢 _____

| | | |
|-------|-----------|--|
| 眼 底 | 眼底(実施理由) | |
| | キースワグナー分類 | 0・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲ・Ⅳ |
| | シェイエ分類:H | 0・1・2・3・4 |
| | シェイエ分類:S | 0・1・2・3・4 |
| | SCOTT分類 | Ⅰ(a)・Ⅰ(b)・Ⅱ・Ⅲ(a)・Ⅲ(b) Ⅳ・Ⅴ(a)・Ⅴ(b)・Ⅵ |
| その他所見 | | |

[illegible]

特定健康診査用入力票(質問票)

実施日 _____ 受診券整理番号 _____ 保険者番号 _____
 被保険者証等記号 _____ 番号 _____
 フリガナ _____ 生年月日 _____
 氏名 _____ 性別 _____ 年齢 _____

以下の質問の該当する回答の番号に○をつけてください。

| No. | 質問事項 | 回答 |
|-----|--|---|
| 1-1 | 血圧を下げる薬を服用している。 | 1. はい 2. いいえ |
| 1-2 | インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用している。 | 1. はい 2. いいえ |
| 1-3 | コレステロールを下げる薬を服用している。 | 1. はい 2. いいえ |
| 4 | 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。 | 1. はい 2. いいえ |
| 5 | 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。 | 1. はい 2. いいえ |
| 6 | 医師から、慢性の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。 | 1. はい 2. いいえ |
| 7 | 医師から、貧血といわれたことがある。 | 1. はい 2. いいえ |
| 8 | 現在、たばこを習慣的に吸っている。(※「現在、習慣的に喫煙している者」とは「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月も吸っている者) | 1. はい 2. いいえ |
| 9 | 20歳の時の体重から10キロ以上増加している。 | 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年以上実施している。 | 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る。 | 1. はい 2. いいえ |
| 12 | ほぼ同世代の同姓と比較して歩く速度が速い。 | 1. はい 2. いいえ |
| 13 | この1年間で体重の増減が±3Kg以上ある。 | 1. はい 2. いいえ |
| 14 | 人と比較して食べる速度が速い。 | 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回以上ある。 | 1. はい 2. いいえ |
| 16 | 夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある。 | 1. はい 2. いいえ |
| 17 | 朝食を抜くことが週に3回以上ある。 | 1. はい 2. いいえ |
| 18 | お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度。 | 1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど飲まない |
| 19 | 飲酒日の1日あたりの飲酒量。 清酒一合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml) | 1. 1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3合以上 |
| 20 | 睡眠で休養が得られている。 | 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すか。 | 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ヶ月以内) 3. 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、すこしずつ始めている 4. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上) |
| 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しますか。 | 1. はい 2. いいえ |

| | | |
|------|-------|----------|
| 既往歴 | 1. あり | 具体的な既往歴: |
| | 2. なし | |
| 自覚症状 | 1. あり | 所見: |
| | 2. なし | |
| 他覚症状 | 1. あり | 所見: |
| | 2. なし | |

| | |
|-------|--|
| 医師の判断 | |
| 医師の氏名 | |