

# 人間ドック 問診票

保険種類 : 国保

記入年月日：令和      年      月      日

住 所	筑北村	地 区	(常会名)
氏 <sup>フリガナ</sup> 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	昭・平      年      月      日	年 齢	歳 (年度末年齢)
下欄は記入しないで結構です。			
被保険者番号	住民コード	受診券番号	

※質問事項の該当するところにチェック☑をつけ、必要なところは記入してください。

質 問 項 目	回 答
★ 1～3 現在、aからcの薬の使用の有無 ※医師の判断・治療のもとで服薬中の場合のみ「はい」としてください。	
1 a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<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りますか	<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りますか	<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(人工透析など)を受けていますか	<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りますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8 現在、たばこ(電子タバコを含む)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を両方満たす者をいいます。 条件1: 最近1か月間吸っている 条件2: 生涯で6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> はい (条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ
9 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか      20歳の時の体重(      )kg	<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年以上実施していますか	<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ますか	<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あてはまりますか	<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ですか	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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	<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ますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> いいえ
17 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

裏面もご記入ください。

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 ※右記回答の「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をいいます	<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(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)	<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ますか	<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"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(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、これまでに特定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

今回受けたがん検診の項目について該当するところに○と年月日をお願いします

がん検診項目		以前にも受けたことがある	(前回 年 月)	初めて
胃がん検査	内視鏡		平成・令和 年 月	
	レントゲン		平成・令和 年 月	
大腸がん検査			平成・令和 年 月	
肺がん検査	胸部レントゲン		平成・令和 年 月	
	CT		平成・令和 年 月	
乳がん検査	超音波		平成・令和 年 月	
	マンモグラフィー		平成・令和 年 月	
子宮がん検査			平成・令和 年 月	

(注意事項)

<個人情報利用における同意について>

受診者の皆様より収集した個人情報は検査・判定などに利用します。健康診査の結果につきましては、筑北村住民福祉課において適正に管理いたします。提供した情報は、保健衛生部門において保健指導や健康相談を実施する以外の目的に使用されることはありません。