（様式第1号）

特定健康診査　　質　問　票

保険者番号	保険者名

氏　名	
生年月日	
記入日	
電話番号	（　　）
直前の食事からの経過時間	・食後10時間以上 ・食後3.5時間以上10時間未満 ・食後3.5時間未満

※ 各自もれの無いようご記入下さい。

NO	質問項目	選択肢	回答欄
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	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）にかかっているといわれたり、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）にかかっているといわれたり、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いわれたり、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を両方満たす者である。 条件１：最近1か月間吸っている 条件２：生涯で6か月間以上吸っている、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か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	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	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。	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。	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	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回以上ある。	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）	①1合未満　②1～2合未満　③2～3合未満　④3～5合未満　⑤5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれている。	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	

※本質問票に記載いただいた電話番号は、特定健康診査の受診勧奨等に利用させていただきます。

特定健康診査記入表（担当医記録用）

フリガナ		生年月日	年　月　日	健診年月日	年　月　日
氏　名		性別／年齢	男 ・ 女　　歳	受診券番号	
		電話番号	（　　）		

血液検査結果表貼付欄

既往歴	1. 特記すべきことあり 2. 特記すべきことなし〔 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）・心臓病（狭心症・心筋梗塞等）・慢性腎疾患（人工透析）・貧血 〕
自覚症状	1. 特記すべきことあり 2. 特記すべきことなし〔 〕
他覚症状 （*印は65歳以上で二次予防事業の生活機能の確認の場合のみ検査）	1. 特記すべきことあり 2. 特記すべきことなし〔 〕 貧血（□あり □なし）　心肥大（□あり □なし）　心音（□異常 □正常）　不整脈（□あり □なし）　肝腫大（□あり □なし） ＊ 口腔内の衛生状態（□不良 □良）　＊ 四肢の大関節の問題（□あり □なし）　＊ 反復唾液嚥下テスト（30秒間で、　回）

項　目					結　果（＊印は小数点以下1桁まで）			
身体計測	身長（cm）	体重（kg）	腹囲（cm）	BMI（kg/m²）	＊	＊	＊ 実測　自己測定　自己申告	＊
血圧	収縮期血圧（mmHg）		拡張期血圧（mmHg）					
尿検査	糖		蛋白		－　±　＋　＋＋　＋＋＋		－　±　＋　＋＋　＋＋＋	
心電図検査	所見				1. 所見あり 2. 所見なし〔 ＜所見記入欄＞※所見なしの場合も「異常なし」等記入してください。 〕			
眼底検査	所見				1. 所見あり 2. 所見なし〔 ＜所見記入欄＞※所見なしの場合も「異常なし」等記入してください。 〕 ※Keith-Wagener分類、Scheie分類（H・S）、Scott分類、Wong-Mitchell分類、改変Davis分類に従って判定			

メタボリックシンドローム判定（※）	1. 基準該当　2. 予備群該当　3. 非該当　4. 判定不能
保健指導レベル	1. 積極的支援　2. 動機付け支援　3. なし（情報提供）　4. 判定不能

（※） HbA1cのみを測定する場合は、6.0%以上を空腹時血糖110mg/dl以上とみなして、メタボリックシンドローム判定をお願いします。「予備群該当」とは、腹囲基準に追加リスクが1つ（血圧、脂質、血糖のうち）の場合とします。

医師の判断

総　合　判　定 □ 異常認めず □ 要観察 □ 要指導 □ 治療中 □ 要医療	受診者が特に注意すべき事項 ・ どのような対応が必要か（自由記載）
貧血検査を実施した理由： □ 貧血の既往歴を有するため（質問票による）　□ 貧血が疑われると判断されたため（視診等による） □ 保険者独自の契約内容によるもの	
心電図検査を実施した理由： □ 検査結果による心電図検査対象者　□ 不整脈による心電図検査対象者　□ 保険者独自の契約内容によるもの	
眼底検査を実施した理由： □ 検査結果による眼底検査対象者　□ 保険者独自の契約内容によるもの	
血清クレアチニン検査を実施した理由： □ 検査結果による血清クレアチニン検査対象者　□ 保険者独自の契約内容によるもの	
食後、採血までの時間　約（　　）時間　〔 1. 食後10時間以上　2. 食後3.5時間以上10時間未満　3. 食後3.5時間未満 〕	
判断した医師の氏名	