

令和 年 月請求分 質問票兼同意書

【本人記入欄】医師等の問診による記入可

項目	質問事項	回答欄 該当する □ に ☑ を記入してください
1	既往歴(高血圧・糖尿病・脂質異常症 等)がありますか。	<input type="checkbox"/> :はい <input type="checkbox"/> :いいえ
2	今、体調の悪いところ(自覚症状)がありますか。	<input type="checkbox"/> :はい <input type="checkbox"/> :いいえ
3	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> :はい <input type="checkbox"/> :いいえ
4	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	<input type="checkbox"/> :はい <input type="checkbox"/> :いいえ
5	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> :はい <input type="checkbox"/> :いいえ
6	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
7	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
8	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
9	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
10	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ヶ月間吸っている。 条件2:生涯で6ヶ月間以上吸っている、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ヶ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> :いいえ(①②以外)
11	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> :はい <input type="checkbox"/> :いいえ
12	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
13	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
14	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
15	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"/> :かめる <input type="checkbox"/> :かみにくい <input type="checkbox"/> :かめない
16	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
17	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
18	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"/> :毎日 <input type="checkbox"/> :時々 <input type="checkbox"/> :ほとんどない
19	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
20	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)	<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)
21	飲酒日の1日当たりの飲酒量は、どのくらいですか。 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安:ビール(同5度・約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
22	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
23	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(概ね1か月以内)に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)
24	生活習慣の改善について、これまでに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

【本人同意欄(自筆)】

情報提供票および質問票兼同意書を 嘉麻 町・村 に提供することに同意します。

国保組合

令和 年 月 日

氏名 _____

ご連絡先電話番号 _____

●ご記入が不自由な方の場合、医療機関従事者の代筆で結構です。