

< 健診結果提出届 >

茨城県農協健康保険組合の特定健診・特定保健指導等、健康管理を目的とした保健事業に利用することを了承し、健診結果及び質問票を提出します。

保険証	記号	フリガナ 被扶養者氏名
	番号	

質問票

質問内容		回答欄(チェックをつけて下さい)
必須項目	1 血圧を下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2 インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	3 コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用している。	<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る。	<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)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<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る。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
必須項目	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ヶ月間も吸っている者)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	9 20歳の時の体重から10キロ以上増加している。	<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年以上実施している。	<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る。	<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。	<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	<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。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <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回以上ある。	<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"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 殆ど摂取しない
	17 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	18 お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度について	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 殆ど飲まない(飲めない)
	19 飲酒日の1日あたりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<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合以上
	20 睡眠で休養は十分にとれている。	<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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ