

健康診査の結果等を、必要に応じて保健指導や区の保健事業に使用することに同意します。
(氏名等を自署してください。自署できない場合は、代筆者が署名し、代筆者氏名及び受診者との続柄を記載してください。)
※区が収集した個人情報は、法律や条例に則り適正に管理します。

令和 年 月 日

フリガナ

氏 名

電話番号

○健診結果と問診票を生活習慣改善に活用しましょう。
○健診結果から、医療機関受診をすすめられた方は早めに受診してください。
○生活習慣を見直し、来年度の結果で成果を確かめましょう。
改善の方法は裏面をご覧ください。

①国保特定健診、区民一般健診（区K・区J・単独）を受診の方

※回答欄のあてはまる番号に1つだけ○印をつけてください。

	質 問 事 項	回 答 欄	
1	a. 血圧を下げる薬を服用していますか。	1 はい	2 いいえ
	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	1 はい	2 いいえ
	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	1 はい	2 いいえ
2	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
3	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
4	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
5	医師から、貧血といわれたことがありますか。	1 はい	2 いいえ
6	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（1、2以外）	
7	20歳の時から体重が10kg以上増加していますか。	1 はい	2 いいえ
8	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上行っていますか。	1 はい	2 いいえ
9	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。	1 はい	2 いいえ
10	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	1 はい	2 いいえ
11	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	
12	他の人と比べて食べるのが速いですか。	1 速い	2 ふつう 3 遅い
13	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。	1 はい	2 いいえ
14	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
15	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	1 はい	2 いいえ
16	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）
17	飲酒日の1日あ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・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）	1 1合未満	2 1～2合未満
		3 2～3合未満	4 3～5合未満
		5 5合以上	
18	睡眠で十分休養がとれていますか。	1 はい	2 いいえ
19	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）	
20	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

②後期高齢者医療健診を受診の方

※回答欄のあてはまる番号に1つだけ○印をつけてください。

	質 問 事 項	回 答 欄	
1	a. 血圧を下げる薬を服用していますか。	1 はい	2 いいえ
	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	1 はい	2 いいえ
	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	1 はい	2 いいえ
2	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
3	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
4	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）を受けたことがありますか。	1 はい	2 いいえ
5	医師から、貧血といわれたことがありますか。	1 はい	2 いいえ
6	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	1 よい	2 まあよい
		3 ふつう	4 あまりよくない
		5 よくない	
7	毎日の生活に満足していますか。	1 満足	2 やや満足
		3 やや不満	4 不満
8	1日3食きちんと食べていますか。	1 はい	2 いいえ
9	半年前に比べて固いもの（＊）が食べにくくなりましたか。 ＊さきいか、たくあんなど	1 はい	2 いいえ
10	お茶や汁物等でむせることがありますか。	1 はい	2 いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	1 はい	2 いいえ
12	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	1 はい	2 いいえ
13	この1年間に転んだことがありますか。	1 はい	2 いいえ
14	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	1 はい	2 いいえ
15	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われていませんか。	1 はい	2 いいえ
16	今日が何月何日かわからない時がありますか。	1 はい	2 いいえ
17	あなたはたばこを吸いますか。	1 吸っている 3 やめた	2 吸っていない
18	週に1回以上は外出していますか。	1 はい	2 いいえ
19	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。	1 はい	2 いいえ
20	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	1 はい	2 いいえ

※網掛け部分の回答に該当している方は「フレイル」のリスクがあります。裏面をご確認ください。

医療機関名

整理番号

フレイルリスク

身体
精神
社会

身体

精神

社会