

個人で健診費用の補助申請をする場合は、基本健診（特定健診）の検査項目を網羅していることと、以下の質問票の提出が必要です。健診機関等に質問票がない場合は、この質問票を出力して回答欄の該当する□に✓をしてください。

特定健診質問票

★ 質問項目1～3及び8は、特に重要です。必ず記入してください。

被保険者記号番号				フリガナ	
記号	90	番号	枝番	氏名	
質問項目					回答
医師の指示のもとで現在服薬中の場合は、「はい」に✓をしてください。【健診当日の服用のことではありません】					
★ 必ず 記入を	1	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
	2	血糖を下げる薬や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
	3	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
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	
★ 必ず 記入を	8	現在、たばこ（電子たばこを含む）を習慣的に吸っていますか。 条件1：最近1ヵ月間吸っている 条件2：生涯で6ヵ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ヵ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> いいえ（上記以外）
	9	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
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"/> 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"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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・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・約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ヵ月以内） <input type="checkbox"/> 近いうちに（概ね1ヵ月以内）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ヵ月未満） <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6ヵ月以上）	
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	