

# 特定健康診査質問票（2024年4月改訂版）

健診実施日	(西暦) 20 年 月 日	健診実施 医療機関名			
フリガナ					
氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)

次の質問にお答えください。

それぞれの質問について、あてはまるところ（はい・いいえ・その他該当するところ）に1つだけ○をつけてください。

1	現在、血圧を下げる薬を使用している。	・はい	・いいえ	1	
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している。	・はい	・いいえ	2	
3	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る。	・はい	・いいえ	3	
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。	・はい	・いいえ	4	
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る。	・はい	・いいえ	5	
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）を受けている。	・はい	・いいえ	6	
7	医師から、貧血といわれたことがある。	・はい	・いいえ	7	
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。	・ 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ヶ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ・ いいえ（①②以外）		8	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	・はい	・いいえ	9	
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。	・はい	・いいえ	10	
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。	・はい	・いいえ	11	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	・はい	・いいえ	12	
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。	・ 何でもかんで食べることができる ・ ほとんどかめない ・ 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		13	
14	人と比較して食べる速度が速い。	・速い	・ふつう	・遅い	14
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。	・はい	・いいえ	15	
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。	・毎日	・時々	・ほとんど摂取しない	16
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	・はい	・いいえ	17	
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	・ 毎日 ・ 週1～2日 ・ やめた	・ 週5～6日 ・ 月に1～3日 ・ 飲まない（飲めない）	・ 週3～4日 ・ 月に1日未満	18
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）	・ 1合未満（飲めない場合も含む） ・ 1～2合未満 ・ 2～3合未満 ・ 3～5合未満 ・ 5合以上		19	
20	睡眠で休養が十分とれている。	・はい	・いいえ	20	
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。	・ 改善するつもりはない ・ 改善するつもりである（概ね6ヶ月以内） ・ 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 ・ 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） ・ 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）		21	
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。	・はい	・いいえ	22	

- \* 健診実施医療機関で受診者に記入していただく質問票です。
- \* この質問票の内容を、医療機関にて特定健康診査票に転記してください。
- \* この質問票は、医療機関にて保管してください。

家族歴について伺います。

あてはまる病名に○をつけ、続柄の番号を記入してください。（複数可）

コード	病名	続柄	コード	病名	続柄	コード	病名	続柄
101	高血圧		106	肝臓病		111	子宮癌	
102	脳出血		107	胃癌		112	その他の癌	
103	脳梗塞		108	肺癌		199	その他の顕著な家族歴あり	
104	心臓病		109	大腸癌				
105	糖尿病		110	乳癌				

※ 続柄 実父→1 実母→2 実祖父母→3 兄弟姉妹→4 子供→5 実父母→6 その他→9

既往歴について伺います。

これまでに治療をしたことのある病名に○をつけ、経過の番号を記入してください。（複数可）

コード	病名	経過	コード	病名	経過	コード	病名	経過
201	脳卒中		211	人工透析		221	胃・十二指腸潰瘍	
202	脳出血（脳卒中）		212	貧血		222	うつ	
203	脳梗塞（脳卒中）		213	高血圧		223	骨粗鬆症	
204	その他の脳血管疾患		214	低血圧		299	その他の顕著な既往歴あり	
205	狭心症		215	不整脈				
206	心筋梗塞		216	高脂質血症				
207	心不全		217	高尿酸血症				
208	虚血性心疾患		218	腎不全以外の腎疾患				
209	その他の心疾患		219	糖尿病				
210	慢性的な腎不全		220	肝臓病				

※ 経過 経過観察中→1 治療中→2 治療中断→3 治療した→4 手術した→5 放置→6 その他→9

自覚症状について伺います。

あてはまる症状に○をつけてください。（複数可）

コード	症状	コード	症状	コード	症状
301	胸部圧迫感	306	手足のしびれ感	311	下痢
302	動悸や心臓の激しい鼓動	307	めまい・立ちくらみ	312	便秘
303	息切れ	308	頭痛・耳鳴り	313	下痢と便秘
304	不眠	309	いつも調子が悪い	314	痔の傾向
305	肩こり・腰痛	310	おなかが張っている	399	その他の顕著な自覚症状あり