

質 問 票

保険者番号	0 0 0 9 3 0 1 3	保険者名	全国歯科医師国民健康保険組合					
受診者の被保険者証記号・番号		受診者氏名(フリガナ)		生年月日		性別		年齢
全歯		フリガナ		年	月	日	男	女
				西暦			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								歳

質問項目		回 答	
		①はい	②いいえ
1-3 現在、aからcの薬の使用の有無 ※①医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。			
1	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり、治療（人工透析等）を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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：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 <input type="checkbox"/> はい（条件1と条件2両方満たす） ② <input type="checkbox"/> 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）	③ <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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。	① <input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる ② <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 ③ <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。	① <input type="checkbox"/> 速い ② <input type="checkbox"/> 普通 ③ <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3回以上ある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	朝屋夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	① <input type="checkbox"/> 毎日 ② <input type="checkbox"/> 時々 ③ <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない	
17	朝食を抜くことが週3回以上ある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒等）を飲む頻度 （※「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年以上酒類を接種していない者）	① <input type="checkbox"/> 毎日 ② <input type="checkbox"/> 週5～6日 ③ <input type="checkbox"/> 週3～4日 ④ <input type="checkbox"/> 週1～2日 ⑤ <input type="checkbox"/> 月に1～3日 ⑥ <input type="checkbox"/> 月に1日未満 ⑦ <input type="checkbox"/> やめた ⑧ <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）、 ウィスキー（同43度・約60ml）、ワイン（同14度・約180ml）、 缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	① <input type="checkbox"/> 1合未満 ② <input type="checkbox"/> 1～2合未満 ③ <input type="checkbox"/> 2～3合未満 ④ <input type="checkbox"/> 3～5合未満 ⑤ <input type="checkbox"/> 5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	運動や食生活の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	① <input type="checkbox"/> 改善するつもりはない ② <input type="checkbox"/> 改善するつもりである（概ね6ヶ月以内） ③ <input type="checkbox"/> 近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている（概ね1ヶ月以内） ④ <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） ⑤ <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）	
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"/>	<input type="checkbox"/>