

全てご記入の上、健診結果（コピー）と一緒に各支部担当者にご提出ください。

水色の部分は添付する健診結果（コピー）に記載があれば記入は不要です。

組合員証番号								支部名		
フリガナ				性別	生年月日	年 月 日				
氏名				男・女	電話番号					
健診機関名				受診日	年 月 日					
身体計測	身長	cm		体重	kg		腹囲	cm ※立った状態のおへそ回り		
健診を受けた時間 ※どちらかに○	ア. 食後3.5時間以上10時間未満 イ. 食後10時間以上（空腹時）			血圧	最高値_____mmHg、最低値_____mmHg					

## 問診票

質問項目 <b>★印は必ずご回答ください</b>		回答 該当箇所に✓を入れてください。
★	1 血圧を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
★	2 血糖を下げる薬を服用又は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服用していますか。	<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る。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
★	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」とは、これまで合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている場合で、最近1ヶ月間も吸っている場合をいいます。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	9 20歳の時から体重が10kg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とき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。	<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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	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（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない（飲めない）
	19 飲酒日の一日当たりの飲酒量 日本酒1合（180ml）の目安：ビール（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 睡眠で十分休養がとれている。	<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 <input type="checkbox"/> 近いうちに（概ね1ヶ月以内）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ヶ月未満） <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

！！提出物をご確認ください！！

健診結果のコピー

勤務先（パート先）等の健診結果送付表（本表）