

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								枝番		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 該当箇所には✓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、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	食事をかんで食す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"/> ほとんど飲まない（飲めない） <input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満
	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）