

## 特定健診対応問診票

### 【特定健診の代替について】

健康保険組合では平成 20 年度よりメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健診（メタボ健診）を 40 歳から 75 歳未満の方を対象として実施し、国に実施率などを報告すること（個人を特定する健診内容は報告いたしません）が義務付けられました。

特定健診の検査項目（身体計測・理学的所見・血圧測定・尿検査・血液検査・問診）が含まれる健診・人間ドックを受診することで、特定健診を実施したこととみなされます。

下記項目にご回答ください。

※結果表に既往歴・自覚症状・服薬（血圧・血糖・コレステロール）・喫煙の記載がある場合は必要ございません。

1. 今までに大きな病気（入院・手術など）にかかったことがありますか？

（ はい ・ いいえ ）

病名 ( 歳)

病名 ( 歳)

2. 現在、下記の自覚症状がありますか？該当するものに全て○をつけてください。

特に自覚症状なし

動悸・息切れ・息苦しい・胸が痛い・せきがでる・たんがでる・頭痛・頭が重い・めまい・立ちくらみ・よく眠れない・疲れやすい・常に体がだるい・食欲がない・よく喉がかわく・胸やけがする・吐き気がする・胃が痛む（空腹時）・胃が痛む（食後）・下痢・関節痛・腰痛・耳鳴り・肩こり・腹痛・便秘・手指がしびれる・排尿にいく回数が多い・

その他 ( )

3. 現在、薬を使用していますか。

(1) 血圧を下げる薬 ( はい ・ いいえ )

(2) インスリン注射又は血糖を下げる薬 ( はい ・ いいえ )

(3) コレステロールを下げる薬 ( はい ・ いいえ )

4. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ( はい ・ いいえ )

（「たばこを習慣的に吸っている方」には、「合計 100 本以上、又は 6 ヶ月以上吸っている方」で、「この 1 ヶ月間で毎日又はときどきたばこを吸っている方」が該当します。）

氏名 \_\_\_\_\_