【受診者控】

令和8年度　板橋区健康診査問診票

健康診査の結果等を、必要に応じて保健指導や区の保健事業に使用することに同意します。
（氏名等を自署してください。自署できない場合は、代筆者が署名し、代筆者氏名及び受診者との続柄を記載してください。）
※区が収集した個人情報は、法律や条例に則り適正に管理します。

令和　　年　　月　　日

フリガナ	
氏　　名	
電話番号	

○健診結果と問診票を生活習慣改善に活用しましょう。
○健診結果から、医療機関受診をすすめられた方は早めに受診してください。
○生活習慣を見直し、来年度の結果で成果を確かめましょう。改善の方法は裏面をご覧ください。

①国保特定健診、区民一般健診（区Ｋ・区Ｊ・単独）を受診の方

※回答欄のあてはまる番号に1つだけ○印をつけてください。

	質問事項	回答欄
1	a．血圧を下げる薬を服用していますか。	1　はい　2　いいえ
	b．インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	1　はい　2　いいえ
	c．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。	1　はい　2　いいえ
2	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。	1　はい　2　いいえ
3	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。	1　はい　2　いいえ
4	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）を受けていますか。	1　はい　2　いいえ
5	医師から、貧血といわれたことがありますか。	1　はい　2　いいえ
6	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か月間吸っている 条件２：生涯で６か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か月間は吸っていない（条件２のみ満たす） 3　いいえ（１、２以外）
7	20歳の時から体重が10kg以上増加していますか。	1　はい　2　いいえ
8	１回30分以上の軽く汗をかく運動を週２日以上、１年以上行っていますか。	1　はい　2　いいえ
9	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ますか。	1　はい　2　いいえ
10	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	1　はい　2　いいえ
11	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　何でもかんで食べることができる 2　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　ほとんどかめない
12	他の人と比べて食べるのが速いですか。	1　速い　2　ふつう　3　遅い
13	就寝前の２時間以内に夕食をとることが週に３回以上ありますか。	1　はい　2　いいえ
14	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。	1　毎日　2　時々 3　ほとんど摂取しない
15	朝食を抜くことが週に３回以上ありますか。	1　はい　2　いいえ
16	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）	1　毎日　2　週５～６日 3　週３～４日　4　週１～２日 5　月に１～３日　6　月に１日未満 7　やめた　8　飲まない（飲めない）
17	飲酒日の１日あたりの飲酒量はどのくらいですか。 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　１合未満　2　１～２合未満 3　２～３合未満　4　３～５合未満 5　５合以上
18	睡眠で十分休養がとれていますか。	1　はい　2　いいえ
19	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。	1　改善するつもりはない 2　改善するつもりである（概ね６か月以内） 3　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 4　既に改善に取り組んでいる（６か月未満） 5　既に改善に取り組んでいる（６か月以上）
20	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。	1　はい　2　いいえ

②後期高齢者医療健診を受診の方

※回答欄のあてはまる番号に1つだけ○印をつけてください。

	質問事項	回答欄		フレイルリスク
1	a．血圧を下げる薬を服用していますか。	1　はい	2　いいえ	
	b．インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	1　はい	2　いいえ	
	c．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。	1　はい	2　いいえ	
2	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。	1　はい	2　いいえ	
3	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。	1　はい	2　いいえ	
4	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）を受けたことがありますか。	1　はい	2　いいえ	
5	医師から、貧血といわれたことがありますか。	1　はい	2　いいえ	
6	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	1　よい 3　ふつう 5　よくない	2　まあよい 4　あまりよくない	身体・精神・社会
7	毎日の生活に満足していますか。	1　満足 3　やや不満	2　やや満足 4　不満	身体・精神・社会
8	１日３食きちんと食べていますか。	1　はい	2　いいえ	身体・精神・社会
9	半年前に比べて固いもの（＊）が食べにくくなりましたか。 ＊さきいか、たくあんなど	1　はい	2　いいえ	オーラル
10	お茶や汁物等でむせることがありますか。	1　はい	2　いいえ	オーラル
11	６か月間で２～３kg以上の体重減少がありましたか。	1　はい	2　いいえ	身体
12	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	1　はい	2　いいえ	身体
13	この１年間に転んだことがありますか。	1　はい	2　いいえ	身体
14	ウォーキング等の運動を週に１回以上していますか。	1　はい	2　いいえ	身体
15	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われていますか。	1　はい	2　いいえ	精神
16	今日が何月何日かわからない時がありますか。	1　はい	2　いいえ	精神
17	あなたはたばこを吸いますか。	1　吸っている 3　やめた	2　吸っていない	
18	週に１回以上は外出していますか。	1　はい	2　いいえ	社会
19	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。	1　はい	2　いいえ	社会
20	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	1　はい	2　いいえ	社会

※網掛け部分の回答に該当している方は「フレイル」のリスクがあります。裏面をご確認ください。

医療機関名

整理番号

記入例