質問票

※下記内容は全て必須となりますので、記入漏れのないようお願い致します。

被保険者 **(従業員本人)**	保険証記号		保険証番号	
	氏名			
受診者	氏名	フリガナ		続柄
	生年月日・年齢	西暦　　年　　月　　日生		歳
	住所	〒		
	TEL			
	メールアドレス	@		

受診日	西暦　　年　　月　　日
医療機関名	
健保使用欄	

質問票・チェックシート（裏面）全てご記入のうえ健保へお送りください

〔質問票〕

※ご連絡先の記入をお願い致します。

1	現在、「血圧」を下げる薬を服用していますか	１：はい	２：いいえ	
2	現在、インスリン注射または血糖を下げる薬を服用していますか	１：はい	２：いいえ	
3	現在、「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	
4	医師から、脳卒中（脳出血・脳梗塞など）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	１：はい	２：いいえ	
5	医師から、心臓病（狭心症・心筋梗塞など）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	１：はい	２：いいえ	
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（人工透析など）を受けていますか	１：はい	２：いいえ	
7	医師から、貧血と言われたことがありますか	１：はい	２：いいえ	
8	現在、タバコ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ヶ月間吸っている　　条件2：生涯で6ヶ月以上吸っている、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カ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）
9	２０歳のときの体重から１０キロ以上増加していますか	１：はい	２：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年以上継続して行っていますか	１：はい	２：いいえ	
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を１日１時間以上行っていますか	１：はい	２：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と思いますか	１：はい	２：いいえ	
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにありますか	１：何でもかんで食べることができる		
		２：歯や歯ぐき、かみあわせなどが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		
14	人と比較して食べる速度が速いと思いますか	１：速い	２：普通	３：遅い
15	就寝前の２時間以内に夕食をとることが週に３回以上ありますか	１：はい	２：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？	１：毎日 ３：ほとんど摂取しない	２：時々	
17	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	
18	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 ４：週１～２回 ７：やめた	２：週5～6回 ５：月に１～３日 ８：飲まない（飲めない）	３：週３～4回 ６：月に１日未満
19	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 ３：２～３合未満 ５：５合以上	２：１～２合未満 ４：３～５合未満	
20	睡眠で充分に休養がとれていますか	１：はい	２：いいえ	
21	運動や食生活など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(概ね６ヶ月以内)		
		３：近いうちに（概ね１ヶ月以内）		
		４：既に改善に取り組んでいる（６ヶ月未満）		
		５：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。	１：はい	２：いいえ	

2024.7.30作成

★提出前にセルフチェック✓

提出いただく内容をご確認の上「受診者」欄にチェックをお願いします。

◆特定健診項目【必須】は含まれていますか？		受診者	健保使用欄
診察		□	□
身体測定	身長	□	□
	体重	□	□
	腹囲測定	□	□
	BMI（肥満度・標準体重）	□	□
血圧測定		□	□
尿検査	糖 ・ 蛋白	□	□
血液検査	AST(GOT)	□	□
	ALT(GPT)	□	□
	γ-GTP(γ-GT)	□	□
	HDLコレステロール	□	□
	LDLコレステロール	□	□
	中性脂肪	□	□
	血糖　または　HbA1C	□	□

● 健保発行の「特定健診受診券」を利用した特定健診ではない	□	□
● ウィーメックスから申込をした生活習慣病健診・人間ドックではない	□	□
● 定期的に受けている血液検査や血圧測定の結果ではない （上記特定健診項目が全て含まれている必要があります）	□	□
● 保険診療で実施した結果ではない（保険診療で実施した治療結果は受領できません）	□	□
● 上記検査内容をすべて同一医療機関、同日に受診している。	□	□
● 日産健保に加入中の健診結果である（加入前、脱退後の健診結果は受領できません）	□	□

健診結果・質問票/チェックシート（この用紙）の2点を送付ください。

■送付先

【社内メール(日産圏)をご利用の場合】

Y）日産健保　健診担当　宛

【郵便をご利用の場合】＊切手を貼ってお送りください

〒220-0011

神奈川県横浜市西区高島2-6-32　横浜東口ウィスポートビル20F

日産自動車健康保険組合　健診担当　宛

2024.7.30作成