

様式第1号(第6条関係)

人 間 ド ッ ク 等 申 込 書					
申 受 請 検 者 者	氏 名			性 別	男 ・ 女
	住 所	神川町大字			
	生年月日	年 月 日			
電 話 番 号					
被 保 険 者 記 号 番 号	記 号	神	番 号		
資 格 取 得 年 月 日	年 月 日				
検 査 方 法	人間ドック ・ 脳ドック ・ 併診ドック				
検 査 予 定 期 間	年 月 日から 月 日まで(予定)				
<p>神川町国民健康保険人間ドック等助成要綱第6条の規定により申込みをします。                  人間ドック等の検査結果を医療機関が神川町へ提供すること、神川町が行う保健指導等のために利用すること及び町税の納付状況を調査することに同意します。                  なお、これにより神川町国保が取得した個人情報については、神川町個人情報保護条例に基づき、本事業の目的外に使用することはありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>神川町長 様</p>					

問 診 票			
該当する答えに○をつけてください。			
	既往歴がありますか。	<input type="checkbox"/> あり（	） <input type="checkbox"/> なし
	自覚症状がありますか。	<input type="checkbox"/> あり（	） <input type="checkbox"/> なし
	他覚症状がありますか。	<input type="checkbox"/> あり（	） <input type="checkbox"/> なし
1	現在、下記の薬を医師から処方されて使用していますか。		
	a. 血圧を下げる薬（ <b>高血圧の薬</b> ）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	b. 血糖を下げる薬またはインシュリン注射（ <b>糖尿病の薬</b> ）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	c. コレステロール（中性脂肪）を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	医師から、脳卒中（脳出血や脳梗塞等）にかかっているとされたり、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
3	医師から、心臓病（狭心症や心筋梗塞等）にかかっているとされたり、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
4	医師から、慢性の腎不全にかかっているとされたり、治療（人工透析）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、貧血と言われたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。）	<input type="checkbox"/> はい（条件1と条件2を満たす）	
	<b>条件1 最近1か月間吸っている</b>	<input type="checkbox"/> 以前吸っていた（条件2のみ満たす）	
	<b>条件2 生涯で6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている</b>	<input type="checkbox"/> いいえ	
7	20歳のころより体重が10kg以上増えましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	1回に30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上継続して実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	日常生活において歩くことと同じぐらいの身体活動を1日1時間以上実施していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<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、かみ合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	
12	人と比較して食べる速度はどうですか。	<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> 普通
		<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々
		<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
16	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒等）を飲む頻度はどれくらいですか。 （※「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）	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週5～6日
		<input type="checkbox"/> 週3～4日	<input type="checkbox"/> 週1～2日
		<input type="checkbox"/> 月に1～3日	<input type="checkbox"/> 月に1日未満
		<input type="checkbox"/> やめた	<input type="checkbox"/> 飲まない（飲めない）
17	飲酒日の1日あたりの飲酒量 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・350ml）	<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"/> 3～5合未満
		<input type="checkbox"/> 5合以上	
18	睡眠で休養が十分とれていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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（6ヶ月以内）	
		<input type="checkbox"/> 近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている（1ヶ月以内）	
		<input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる（6ヶ月未満）	
		<input type="checkbox"/> すでに改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）	
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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ