



Version5.2 (2017/1)

生活習慣しっかり改善コース  
個別プログラムサービス

# 健康度問診票

次の太線枠を記入ください。

記入日	西暦	年	月	日	
ふりがな					性別
氏名					男・女
生年月日	西暦	年	月	日	

スタッフ記入欄

ID	
コース	生活習慣しっかり改善・個別
検査	初回・終回（3か月後）

ここで得られた個人情報は、当センターにおける健康づくり事業の発展に活用することのみに使用し、本人の同意を得ることなく第三者への開示や情報提供等はいたしません。

次の事項をよくお読みになり、次のページの質問からお答えください。



- ① 記入もれや間違いがないよう、全てお答えください。
- ② 終回の場合は、Q1～8について変更のある箇所のみお答えください。
- ③ 不明な点がございましたら、下の「お問合せ先」までお気軽にお問い合わせください。

お問合せ先

(公財) 新潟県スポーツ協会

新潟県健康づくり・スポーツ医科学センター

担当：健康づくり

TEL 025-287-8806

FAX 025-287-8807

URL <http://www.ken-supo.jp>

**Q1 このコースに参加する目的は何ですか(複数回答可)。**

- 1  健康の維持・増進
- 2  体力・筋力の増進
- 3  減量
- 4  検査値の改善
- 5  医学検査
- 6  体力測定
- 7  トレーニング等の運動
- 8  仲間づくり
- 9  保健指導( )
- 10  栄養指導( )
- 11  その他( )

**Q2 健康診断や検診などについておたずねします。**

① 健康診断やがん検診などを受けていますか。

- 1  はい
- 2  いいえ

※ 質問①で「1」を選んだ方は異常を指摘された項目を選んでください(複数回答可)。

- 1  心電図
- 2  血圧
- 3  血液検査
- 4  尿検査
- 5  肥満
- 6  がん
- 7  骨密度
- 8  虫歯
- 9  その他( )

② 歯科検診を受けていますか。

- 1  はい
- 2  いいえ

③ 現在、歯や口腔について症状がありますか(複数回答可)。

- 1  特になし
- 2  歯や歯肉が痛む／はれる
- 3  歯がぐらつく
- 4  口臭が気になる
- 5  顎関節に異常
- 6  義歯が合わない
- 7  その他( )

④ 1日に何回歯を磨きますか、1つ選んでください。

- 1  3回以上
- 2  2回
- 3  1回
- 4  時々忘れる／磨かない

**Q3 特に心臓・呼吸器の状態についておたずねします。**

① 安静時または運動中に胸部の痛み・圧迫感・不快感をかんじることがありますか。

- 1  よくある
- 2  たまにある
- 3  まったくない

② 運動中に過度の息切れ・呼吸困難・咳がありますか。

- 1  よくある
- 2  たまにある
- 3  まったくない

③ めまい・失神・一過性の視覚消失がありますか。

- 1  よくある
- 2  たまにある
- 3  まったくない

④ 心電図検査で異常を指摘されたことがありますか。

- 1  ある ( 所見あり・所見なし )
- 2  ない

⑤ 心エコー(超音波)検査を受けたことがありますか。

- 1  ある ( 所見あり・所見なし )
- 2  ない

⑥ 胸部X線検査をうけたことがありますか。

- 1  ある ( 所見あり・所見なし )
- 2  ない

⑦ 呼吸機能検査をうけたことがありますか。

- 1  ある ( 所見あり・所見なし )
- 2  ない

**Q4 これまでにかかった病気やケガについておたずねします。**

① これまで炎症や感染症にかかったことがありますか(複数回答可)。

- 1  なし
- 2  花粉症
- 3  アレルギー性鼻炎
- 4  その他のアレルギー疾患( )
- 5  肝炎 (  A型  B型  C型 )
- 6  扁桃炎
- 7  その他( )

② これまでかかった病気やケガと現在の状況についてお答えください。

病名	発症時期	治療した時期	現在の状況
( )	( )	( )	( )
( )	( )	( )	( )
( )	( )	( )	( )

**Q5 現在、治療中の病気やケガはありますか(複数回答)。**

- 1  なし
- 2  貧血
- 3  狭心症・心筋梗塞
- 4  脳梗塞・脳出血
- 5  高血圧
- 6  糖尿病
- 7  脂質異常症
- 8  痛風
- 9  慢性閉塞性肺疾患
- 10  気管支ぜんそく
- 11  肝臓病
- 12  腎臓病
- 13  がん
- 14  骨粗しょう症
- 15  整形外科疾患
- 16  その他( )

※ 上の質問で「2」～「15」を選んだ方はその内容をお答えください。

病名	発症時期	治療開始の時期	治療方法／服薬中の薬品名
( )	( )	( )	ごろ ( )
( )	( )	( )	ごろ ( )
( )	( )	( )	ごろ ( )
( )	( )	( )	ごろ ( )
( )	( )	( )	ごろ ( )

**Q6 家族の健康状態についておたずねします。当てはまるところに印(レ)をつけてください。**

	父		母		兄弟姉妹				父方 母方			
	父	母	兄	姉	弟	妹	祖父	祖母	祖父	祖母		
① 60歳未満で急病死	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 心臓病(心筋梗塞・狭心症など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 脳梗塞・脳出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 高血圧症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 脂質異常症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 痛風	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 肥満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ 慢性閉塞性肺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩ 気管支ぜんそく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑪ 肝臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑫ 腎臓病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑬ がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q7 喫煙についておたずねします。**

- ① たばこを吸っていますか。
- 1  吸っている
- 2  吸っていたがやめた
- 3  吸ったことがない

※ 質問①で「1」または「2」を選んだ方は次の質問をお答えください。

- ② 1日に吸っている本数と吸い始めた年齢、喫煙歴、喫煙をやめた年齢を記入ください。
- ( )本／日
- ( )歳ごろに吸い始めた
- 喫煙歴( )年
- ( )歳ごろにやめた

**Q8 体重の変化についておたずねします。**

- ① 20歳頃の体重はどのくらいでしたか。
- ( )kgぐらい
- ② この数年間で体重の変化がありましたか、1つ選んでください。
- 1  増加した
- 2  減少した
- 3  変化なし

**Q9 女性の方のみにおたずねします。**

- ① 月経の状況はどうですか。1つ選んでください。
- 1  順調
- 2  不順
- 3  閉経( )歳ごろ
- ② 妊娠歴や出産歴についてお答えください。
- 1  妊娠( )回
- 2  出産( )回
- 3  死流産( )回

**Q10** この1ヶ月間の生活やからだの調子についておたずねします。

① 現在、自覚するからだの痛みや症状がありますか。1つ選んでください。

- 1  はい                      2  いいえ

※ 質問①で「1」を選んだ方はその場所をお答えください(複数回答可)。

- 1  首                      2  肩 (右・左)                      3  肘 (右・左)  
 4  手首(右・左)                      5  股(また) (右・左)                      6  膝 (右・左)  
 7  ふくらはぎ(右・左)                      8  足首(右・左)  
 9  腰                      10  その他(                      )

② 胃腸の調子はいかがですか。

- 1  良い                      2  まあまあ                      3  悪い

③ 排便の回数はどれですか。1つ選んでください。

- 1  1日1回                      2  1日2回以上                      3  週に5～6回  
 4  週に3～4回                      5  週に1～2回                      6  週に1回あるかないか

④ 何時頃に寝ていますか。

- 1  午後9時前                      2  午後9時～10時台                      3  午後11時～午前0時台  
 4  不規則                      5  その他(                      )

⑤ 何時頃に起きていますか。

- 1  午前6時前                      2  午前6時～7時台                      3  午前8時～午前9時台  
 4  不規則                      5  その他(                      )

⑥ 睡眠時間は、何時間ですか。

(                      )時間

※ 次の質問⑦～⑭は当てはまるところに印(レ)をつけてください。

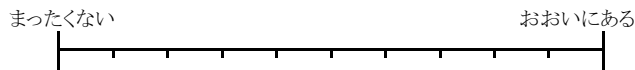
⑦ 肩こり、頭痛はありますか。



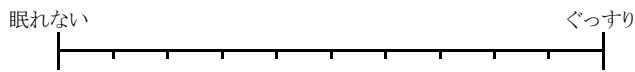
⑧ こむらがりや、ありますか。



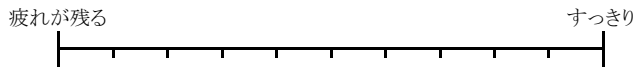
⑨ 食欲はありますか。



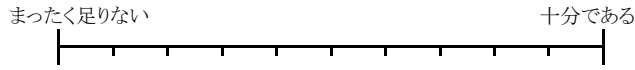
⑩ 毎日よく眠れますか。



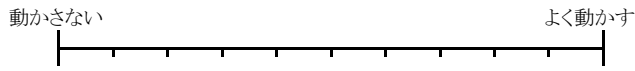
⑪ 毎日の疲れは翌日に回復していますか。



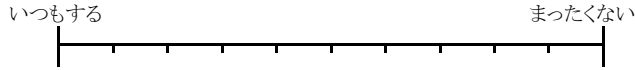
⑫ 休養は十分とれていると思いますか。



⑬ 日常生活で身体を動かす方ですか。



⑭ 階段や坂道を登るときは息切れしますか。



⑮ 平らな道を10分間続けて歩くと息切れしますか。



**Q11** あなたの1日の活動状況は3つのうちでどれに一番近いですか。1つ選んでください。

- 1  生活の大部分が座っている等、ほとんど動かない活動が中心  
 2  仕事は座って行うことが多いが、職場内での移動や接客、あるいは通勤や買物、家事、軽いスポーツ等の立って行う作業も含む  
 3  仕事は立って行う作業が多いまたは余暇にスポーツをする等の活発な運動習慣を持っている

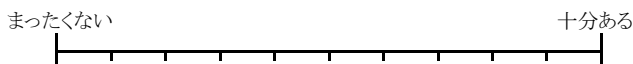
**Q12** 現在、同居している方を選んでください(子どもは人数を記入ください)。

- |  |                                   |   |
|--|-----------------------------------|---|
| 1 <input type="checkbox"/> 父親                    | 2 <input type="checkbox"/> 母親     | 3 <input type="checkbox"/> 配偶者( <input type="checkbox"/> 単身赴任中) |
| 4 <input type="checkbox"/> 配偶者の父親                | 5 <input type="checkbox"/> 配偶者の母親 | 6 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹                                |
| 7 <input type="checkbox"/> 子供( )人 (うち別居中の子供( )人) | 8 <input type="checkbox"/> その他( ) |   |
| 9 <input type="checkbox"/> 孫                     | 10 <input type="checkbox"/> 一人暮らし |   |

**Q13** お仕事についておたずねします(家事従事者は掃除・洗濯・調理や子どもの世話が該当します)。

- ① お仕事の業種は、何ですか。1つ選んでください。
- |                                   |                                  |                                |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> 家事従事者  | 2 <input type="checkbox"/> 事務系   | 3 <input type="checkbox"/> 販売系 |
| 4 <input type="checkbox"/> 営業系    | 5 <input type="checkbox"/> 肉体労働系 | 6 <input type="checkbox"/> 無職  |
| 7 <input type="checkbox"/> その他( ) |                                  |                                |
- ② 1ヶ月に何日働いていますか。1つ選んでください。
- |                                  |                                   |                                  |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> 20日未満 | 2 <input type="checkbox"/> 20～25日 | 3 <input type="checkbox"/> 26日以上 |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
- ③ 1日に何時間働いていますか、1つ選んでください。
- |                                   |                                       |  |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> 6時間未満  | 2 <input type="checkbox"/> 6時間以上8時間未満 | 3 <input type="checkbox"/> 8時間以上10時間未満 |
| 4 <input type="checkbox"/> 10時間以上 |                                       |  |
- ④ 夜勤や交代勤務などの変則勤務についていますか。1つ選んでください。
- |                                   |                                 |                                       |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> ない     | 2 <input type="checkbox"/> 夜勤のみ | 3 <input type="checkbox"/> 交代勤務と夜勤がある |
| 4 <input type="checkbox"/> 交代勤務のみ |                                 |                                       |

**Q14** 自分で自由に使える時間はありますか。当てはまるところに印(レ)をつけてください。



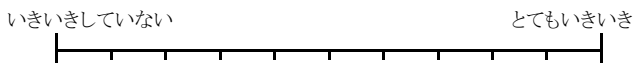
**Q15** 趣味や楽しみはありますか。

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> はい | 2 <input type="checkbox"/> いいえ |
|-------------------------------|--------------------------------|

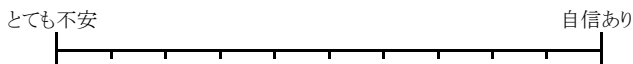
※ 上の質問で「1」を選んだ方で趣味や楽しみをお答えできれば記入ください。

[ ]

**Q16** 今、自分がいきいきしていると思いますか。当てはまるところに印(レ)をつけてください。



**Q17** 自分の健康について自信がありますか。当てはまるところに印(レ)をつけてください。



※ そう思うのは、なぜですか。以下の項目から選んでください(複数回答可)。

- |                                    |                                  |                                    |
|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> 病気・けが   | 2 <input type="checkbox"/> 食欲    | 3 <input type="checkbox"/> 体力      |
| 4 <input type="checkbox"/> 睡眠      | 5 <input type="checkbox"/> 仕事    | 6 <input type="checkbox"/> 疲労      |
| 7 <input type="checkbox"/> 日常生活の状況 | 8 <input type="checkbox"/> 不安・悩み | 9 <input type="checkbox"/> 幸福感     |
| 10 <input type="checkbox"/> 人間関係   | 11 <input type="checkbox"/> 生きがい | 12 <input type="checkbox"/> その他( ) |

**Q18 過去の運動経験についておたずねします。**

① 過去に特定の運動やスポーツをした経験がありますか、1つ選んでください。

- 1  はい 2  いいえ

※ 質問①で「1」を選んだ方は次の3つの質問をお答えください。

② 最も長く行った運動やスポーツは何ですか。

[ ]

③ それほどの時期に行いましたか。(複数回答可)

- 1  小学生 2  中学生 3  高校生  
4  大学・専門学校生 5  社会人 6  その他 ( )

**Q19 この1年の運動についておたずねします。**

① 定期的な運動をしていますか。

- 1  はい 2  いいえ

※ 質問①で「1」を選んだ方は次の質問をお答えください。

② 運動の種類と頻度をおしえてください。

種類	1回の時間	頻度	1年以上続けている
( )	( )分	( )回/月・週	はい / いいえ
( )	( )分	( )回/月・週	はい / いいえ
( )	( )分	( )回/月・週	はい / いいえ
( )	( )分	( )回/月・週	はい / いいえ
( )	( )分	( )回/月・週	はい / いいえ

※ 質問①で「2」を選んだ方は次の質問をお答えください。

③ 運動をしていない理由を選んでください(複数回答可)。

- 1  忙しくて時間がない 2  仕事で動いている 3  運動が苦手  
4  仲間がいない 5  運動する場所がない 6  やり方がわからない  
7  疲れるのが面倒 8  興味がない 9  病気などで制限  
10  その他( )

**Q20 運動は好きですか。当てはまるところに印(レ)をつけてください。**



**Q21 自分の体力について自信がありますか。当てはまるところに印(レ)をつけてください。**



※ そう思うのは、なぜですか。以下の項目から選んでください(複数回答可)。

- 1  病気・けが 2  食欲 3  体力  
4  睡眠 5  仕事 6  疲労  
7  日常生活の状況 8  不安・悩み 9  過去の運動経験  
10  現在の運動状況 11  その他( )

**Q22 毎日3食、食べていますか、当てはまるところに印(レ)をつけてください。**

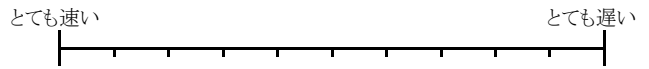


※ 3食の中で、食べていない食事を選んでください(複数回答可)。

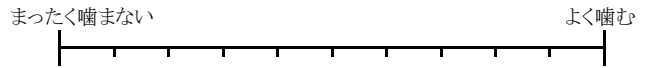
- 1  朝食 2  昼食 3  夕食

**Q23** 食べ方についておたずねします、当てはまるところに印(レ)をつけて下さい。

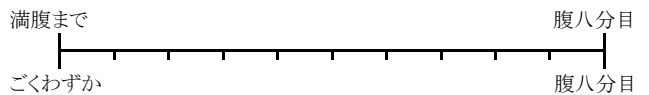
① 食べる速さはいかがですか。



② かむ回数はいかがですか。



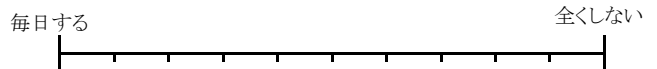
③ 食べる量はいかがですか。



④ 間食はしますか、1つ選んでください。

- 1  しない                      2  たまにする                      3  毎日する

⑤ 夕食後の間食はしますか。



**Q24** 飲酒についておたずねします。

① お酒を飲みますか、1つ選んでください。

- 1  飲まない                      2  つき合い程度に飲む                      3  週に1～2回程度飲む  
4  週3～4回程度飲む                      5  週5～6回程度飲む                      6  毎日飲む

※ 質問①で「2」～「6」を選んだ方は次の質問をお答えください。

② 1回あたりの飲む量はどのぐらいですか、次の換算例から1つ選んでください。

換算例

日本酒1合＝	ビール500mL缶1本、焼酎原液コップ7分目 ウイスキーダブル1杯、ワイン200mL
--------	---

- 1  1合未満                      2  1合以上2合未満                      3  2合以上3合未満  
4  3合以上4合未満                      5  4合以上

**Q25** 食事面で気をつけていることがありますか、次の中から選んでください(複数回答可)。

- 1  なし                                      3  ごはんをしっかり食べる  
2  バランスよく食べる                      4  たんぱく質をしっかり摂る  
4  野菜をしっかり食べる                      5  果物をとるようにしている  
6  牛乳・乳製品をとるようにしている                      6  塩分を控えめにする  
8  お菓子を少なめにする                      7  油分を控えめにする  
10  油分を控えめにする                      8  外食を控える  
11  外食を控える

※ 栄養剤やサプリメントを使用していますか。「はい」の方は商品名も記入ください。

- はい (                                      )  いいえ



以上です。ありがとうございました。