



フリガナ	
氏名	
性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>

生年月日		
1	9	年
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

被保険者証 記号一番号		
3	6	-
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 〈マークの仕方〉

良い例	悪い例	筆記用具
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	シャーペン 鉛筆
	(消し残り) (うすい)	

※良い例のように、円を黒く塗りつぶしてください。悪い例の場合、誤った判定になることがあります。

※月日がひと桁の場合は、0 (ゼロ) を塗りつぶして下さい。記入例 1960年05月05日

直感的にお答えください。

### 生活に関する質問

はい いいえ

- 1 外出する機会が多い
- 2 よく眠れず、寝た気がしない
- 3 毎日の生活におおむね満足している
- 4 現在、たばこを毎日吸っている
- 5 今の体重から減量したい
- 6 1時間程度続けて歩いても疲れしない
- 7 20歳から体重10kg以上増加した
- 8 労働時間は9時間以下である

### 運動に関する質問

はい いいえ

- 21 1日1回10分以上歩いている
- 22 学生時代に運動関係のクラブ活動をしていた
- 23 現在、余暇に月2回以上スポーツをしている

### 食事に関する質問

はい いいえ

- 9 ゆっくりよくかんで食べる
- 10 栄養のバランスを考えて食べる
- 11 乳製品、牛乳、ヨーグルト、チーズをよく食べる
- 12 週に7日(毎日) 飲酒する
- 13 インスタント食品や加工食品をほぼ毎日食べる
- 14 フライやトンカツなど油で揚げたものをほぼ毎日食べる
- 15 塩辛いものをほぼ毎日食べる
- 16 海藻類や小魚を毎日食べる
- 17 緑黄色野菜を毎日食べる※
- 18 食事は就寝2時間前までに終わらせる
- 19 朝食を抜くことが週3回以上ある
- 20 夕食後に間食を週3回以上する

### 体調に関する質問(直近3ヶ月で)

はい いいえ

- 24 腰が痛むときがある
- 25 耳鳴りが続く
- 26 食べ物が胸につかえる感じがする
- 27 吐き気、嘔吐がある
- 28 以前と比べて便が細いと感じる
- 29 便に粘液がつくことが多い
- 30 便秘しやすい
- 31 脈がときどき乱れる
- 32 BMIが25以上(肥満)である※
- 33 視力が低下した
- 34 せきがずっと続いている
- 35 めまい、立ちくらみがある
- 36 下痢しやすい
- 37 顔がむくむことが多い
- 38 よく動悸がする
- 39 胸やけがすることが多い
- 40 肩、首がこることが多い

※緑黄色野菜=色の濃い野菜

※BMI=体重(kg)÷(身長(m)×身長(m))  
例 60kg、157cmの場合 60kg÷(1.57m×1.57m)=24.3