

受診券シールをここへ貼付してください。

有効期限 令和5年2月28日 (火)

氏 名

電話番号  
(携帯優先)

\*必ず記入してください

( )

医療  
機関名  
所在地  
医師名

以下の質問項目につきましてご回答ください。

健診受診日

令和

年

月

日

質 問 項 目

回 答 (いずれか1つに☑)

服 薬	現在、次のAからCの薬を医師からの処方で服用していますか。	
	A 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	B 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	C コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
喫煙	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。(加熱式たばこや電子たばこを含む)	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
既 往 歴	次の病気について、今まで医師から診断や治療を受けたことがありますか。	
	脳卒中 (脳出血、脳梗塞など)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	心臓病 (狭心症、心筋梗塞など)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	慢性の腎臓病や腎不全	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	貧血	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
生 活 習 慣	20歳の時の体重から10kg 以上増加していますか。	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	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。	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	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	
	食事をかんで食べる時の状態はどれに当てはまりますか。	
	<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	
	人と比較して食べる速度が速いですか。	
	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い	
	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	
	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	
	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		
食塩 (塩分) を控えるようにしていますか。		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
野菜をどの程度食べていますか。		
<input type="checkbox"/> ほぼ毎食 <input type="checkbox"/> 1日1～2回 <input type="checkbox"/> 1日1回未満 <input type="checkbox"/> ほとんど食べない		
1日1回は果物を食べていますか。		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
お酒 (清酒、焼酎、ビール、洋酒など) を飲む頻度はどのくらいですか。		
<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない (飲めない)		
飲酒日の1日当たりの飲酒量 (飲めない方は、1合未満を選択) 1合の目安: ビール 500ml (中ビンまたはロング缶)、日本酒 180ml 焼酎 (25度) 110ml、ウイスキー 60ml (ダブル1杯) 酎ハイ 350ml (普通缶)、ワイン 240ml (ワイングラス2杯)		
<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合以上		
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		
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か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに (1か月以内) 改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6か月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6か月以上)		
生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
最後の食事 (間食を含む) から10時間以上過ぎていますか。		
<input type="checkbox"/> 10時間以上 <input type="checkbox"/> 10時間未満		

受診券シールをここへ貼付してください。

有効期限 令和5年2月28日 (火)

氏 名

電話番号  
(携帯優先)

\*必ず記入してください

( )

医療  
機関名  
所在地  
医師名

以下の質問項目につきましてご回答ください。

健診受診日

令和

年

月

日

質 問 項 目

回 答 (いずれか1つに☑)

服 薬	現在、次のAからCの薬を医師からの処方で服用していますか。	
	A 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	B 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	C コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
喫煙	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。(加熱式たばこや電子たばこを含む)	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
既 往 歴	次の病気について、今まで医師から診断や治療を受けたことがありますか。	
	脳卒中 (脳出血、脳梗塞など)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	心臓病 (狭心症、心筋梗塞など)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	慢性の腎臓病や腎不全	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	貧血	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
生 活 習 慣	20歳の時の体重から10kg 以上増加していますか。	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	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。	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	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	
	食事をかんで食べる時の状態はどれに当てはまりますか。	
	<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	
	人と比較して食べる速度が速いですか。	
	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い	
	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	
	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	
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		
食塩 (塩分) を控えるようにしていますか。		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
野菜をどの程度食べていますか。		
<input type="checkbox"/> ほぼ毎食 <input type="checkbox"/> 1日1～2回 <input type="checkbox"/> 1日1回未満 <input type="checkbox"/> ほとんど食べない		
1日1回は果物を食べていますか。		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
お酒 (清酒、焼酎、ビール、洋酒など) を飲む頻度はどのくらいですか。		
<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない (飲めない)		
飲酒日の1日当たりの飲酒量 (飲めない方は、1合未満を選択) 1合の目安: ビール 500ml (中ビンまたはロング缶)、日本酒 180ml 焼酎 (25度) 110ml、ウイスキー 60ml (ダブル1杯) 酎ハイ 350ml (普通缶)、ワイン 240ml (ワイングラス2杯)		
<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合以上		
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		
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か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに (1か月以内) 改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6か月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6か月以上)		
生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
最後の食事 (間食を含む) から10時間以上過ぎていますか。		
<input type="checkbox"/> 10時間以上 <input type="checkbox"/> 10時間未満		

生活習慣を振り返ってみましょう。

健康づくりのポイントは、  
小冊子「みんなで進めよう健康づくり」を  
ご参照ください。

氏 名

電話番号  
(携帯優先)

\*必ず記入してください

( )

医療  
機関名  
所在地  
医師名

以下の質問項目につきましてご回答ください。

健診受診日

令和

年

月

日

質 問 項 目

回 答 (いずれか1つに☑)

服 薬	現在、次のAからCの薬を医師からの処方で服用していますか。	
	A 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	B 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	C コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
喫煙	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。(加熱式たばこや電子たばこを含む)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
既 往 歴	次の病気について、今まで医師から診断や治療を受けたことがありますか。	
	脳卒中 (脳出血、脳梗塞など)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	心臓病 (狭心症、心筋梗塞など)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	慢性の腎臓病や腎不全	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	貧血	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
生 活 慣	20歳の時の体重から10kg 以上増加していますか。	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	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。	
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	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	
	食事をかんで食べる時の状態はどれに当てはまりますか。	
	<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	
	人と比較して食べる速度が速いですか。	
	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い	
	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	
	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	
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		
食塩 (塩分) を控えるようにしていますか。		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
野菜をどの程度食べていますか。		
<input type="checkbox"/> ほぼ毎食 <input type="checkbox"/> 1日1～2回 <input type="checkbox"/> 1日1回未満 <input type="checkbox"/> ほとんど食べない		
1日1回は果物を食べていますか。		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
お酒 (清酒、焼酎、ビール、洋酒など) を飲む頻度はどのくらいですか。		
<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない (飲めない)		
飲酒日の1日当たりの飲酒量 (飲めない方は、1合未満を選択) 1合の目安: ビール 500ml (中ビンまたはロング缶)、日本酒 180ml 焼酎 (25度) 110ml、ウイスキー 60ml (ダブル1杯) 酎ハイ 350ml (普通缶)、ワイン 240ml (ワイングラス2杯)		
<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合以上		
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		
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か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに (1か月以内) 改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6か月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6か月以上)		
生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
最後の食事 (間食を含む) から10時間以上過ぎていますか。		
<input type="checkbox"/> 10時間以上 <input type="checkbox"/> 10時間未満		

## 市のサービスのご案内

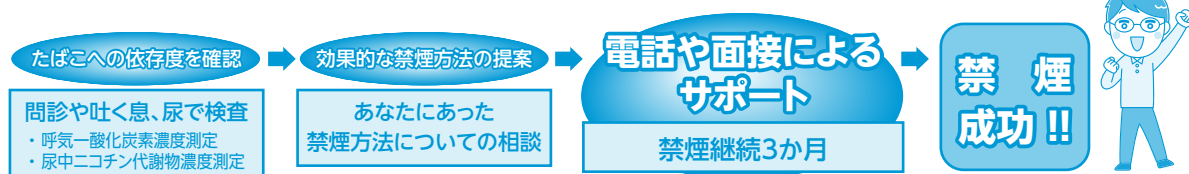
千葉市では、市民の皆さまの健康づくりのお手伝いをしています。

### ◆健康づくりに関する窓口

- ・保健福祉センター健康課は、健康づくりに関する講演会、健康相談、禁煙に関する相談、栄養相談、歯科相談、訪問指導などを実施しています。
- ・講演会、健康相談などの開催日程は、ちば市政だより又はホームページをご覧ください。

### 禁煙サポート(禁煙に関する相談)のご案内

たばこに含まれるニコチンには依存性があり、たばこをやめにくくさせています。一人で禁煙する自信がない方や、禁煙治療や禁煙補助薬を利用しているが継続できる自信がないという方も、ぜひご相談ください。



千葉市 禁煙支援

検索



### 禁煙外来治療費助成のご案内

保険適用となる禁煙外来を受診される市民を対象に治療費の一部を助成します。  
原則、治療開始前の登録申請が必要です。  
対象者など、詳しくはホームページをご確認ください。

千葉市 禁煙外来治療費助成

検索



保健福祉センター健康課

市外局番 (043)

区	電話	FAX
中 央	221-2582	221-2590
花見川	275-6296	275-6298
稲 毛	284-6494	284-6496
若 葉	233-8714	233-8198
緑	292-2630	292-1804
美 浜	270-2221	270-2065

### ◆健診に関するお問い合わせ先

健康支援課

電 話 特定健康診査・健康診査 238-9926  
がん検診等 238-1794  
F A X 238-9946