

QUOカードプレゼント申請用 質問票

記号	番号	健診受診者名

No.	質問項目	回答 (該当する項目に1つ○印をつけてください。)
1	血圧を下げる薬を服用していますか。	1 はい 2 いいえ
2	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	コレステロール・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	現在、たばこを習慣的に吸っている。	1 はい 2 いいえ
5	1回30分以上の軽く汗のかく運動を週2日以上、1年以上実施。	1 はい 2 いいえ
6	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	1 毎日 2 時々 3 ほとんど飲まない（飲めない）
7	飲酒日の1日当たりの飲酒量 清酒1合（180ml）の目安：ビール中瓶（500ml）1本、焼酎35度（80ml）、ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）	1 1合未満 2 1～2合 3 2～3合 4 3合以上
8	睡眠で休養が十分とれている。	1 はい 2 いいえ
9	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。	1 改善するつもりはない 2 改善するつもりである（概ね6ヵ月以内） 3 近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている 4 既に改善に取り組んでいる（6ヵ月未満） 5 既に改善に取り組んでいる（6ヵ月以上）
10	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。	1 はい 2 いいえ
11	既往歴がありましたら右にご記入ください。 （健診結果表に記載されている場合は記入不要）	
12	自覚症状がありましたら右にご記入ください。 （健診結果表に記載されている場合は記入不要）	
13	健診機関名 （健診結果表に記載されている場合は記入不要）	
14	担当医師名 （健診結果表に記載されている場合は記入不要）	

この質問票に回答された内容は、他の健診結果と同様に神奈川県自動車販売健康保険組合「個人情報保護管理規程」に基づき厳重に管理いたします。

《注意》

質問項目の回答が無い場合は、QUOカードプレゼントの対象外になりますので、ご注意ください。

QUOカードプレゼント申請の申込期限は、受診した年度の翌年度8月末日です。