

記号-番号	-	氏 名	印
-------	---	-----	---

質問票

受診日:20 年 月 日

○印をお付け下さい。

No	質 問 項 目	回 答
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	インスリン注射又は血糖値を下げる薬を服用していますか。	1. はい 2. いいえ
3	コレステロールを下げる薬を服用していますか。	1. はい 2. いいえ
4	医師から脳卒中(脳出血・脳梗塞等)といわれたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい 2. いいえ
5	医師から心臓病(狭心症・心筋梗塞等)といわれたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい 2. いいえ
6	医師から慢性の腎不全といわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。	1. はい 2. いいえ
7	医師から貧血といわれたことがありますか。	1. はい 2. いいえ
8	たばこを習慣的に吸っていますか。 *「現在、たばこを習慣的に吸っている」とは、最近1か月間吸っていて、かつ今まで合計100本以上又は6ヶ月以上吸ったことがある状態のことをいいます。	1. はい 2. いいえ
9	20歳の体重から10kg以上増加していますか。	1. はい 2. いいえ
10	1回30分以上の汗をかく運動を週2日以上かつ1年以上実施していますか。	1. はい 2. いいえ
11	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。	1. はい 2. いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	1. はい 2. いいえ
13	食事をかんで食べることができていますか。	1. なんでもかんで食べることができる 2. 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある 3. ほとんどない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	1. 速い 2. 普通 3. 遅い
15	就寝の2時間以内に夕食をとることが、週3回以上ありますか。	1. はい 2. いいえ
16	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。	1. はい 2. いいえ
17	朝食を抜くことが、週3回以上ありますか。	1. はい 2. いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど飲まない・飲まない
19	飲酒日の1日あたりの量はどのくらいですか。 * * 1合の目安・・・清酒1合(180ml)、ビール中瓶1本(500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1. 0～1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3合以上
20	睡眠で十分な休養がとれていますか。	1. はい 2. いいえ
21	運動や食生活など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(6ヶ月以内) 3. 近いうちに(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ヶ月未満) 5. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)	左より該当する番号をご記入下さい。
22	生活習慣改善の保健指導を受ける機会があれば利用したいと思いますか。	1. はい 2. いいえ