

# 質 問 票

氏名		生年月日	S・H	年	月	日
保険証番号	1 3 -					

下の太枠の中を記入してください

1 血圧を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2 インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3 コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
医師から、下記4～6の疾病にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。		
4 脳卒中(脳出血、脳梗塞等)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5 心臓病(狭心症、心筋梗塞等)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6 慢性腎臓病や腎不全、人工透析等	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7 医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	<input type="checkbox"/> はい(条件1・2を満たす)	
※条件1:最近1ヵ月間吸っている ※条件2:生涯で6ヵ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1ヵ月間は吸っていない(条件2のみ満たす)	
	<input type="checkbox"/> いいえ	
9 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
10 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上続けていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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時間以上していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12 ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度は速いほうですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13 食事を噛んで食べるとき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	
14 人と比較して食べる速度は速いほうですか。	<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
15 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
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。	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17 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
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。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6日 <input type="checkbox"/> 週3～4日 <input type="checkbox"/> 週1～2日 <input type="checkbox"/> 月に1～3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない	
19 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。	日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安 ビール5度(500ml)、焼酎25度(110ml)、ワイン14度(180ml)、ウイスキー43度(60ml)、缶チューハイ5度(500ml)	
	<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"/> 3～5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上	
20 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
21 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(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1か月以内)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)	
22 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ