

質 問 票

以下の質問にお答えください。該当する□へ☑ (斜線) または数字を記入してください。

氏名	電話番号	回 答
質 問 項 目		
既往症	血圧を下げる薬を服用していますか。 インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。 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。 脳卒中 (脳出血、脳梗塞等) にかかったり、治療を受けたことがありますか。 心臓病 (狭心症、心筋梗塞等) にかかったり、治療を受けたことがありますか。 慢性腎臓病や腎不全にかかったり、治療 (人工透析など) を受けていますか。 肝臓病にかかったり、治療を受けたことがありますか。 医師から、貧血といわれたことがありますか。 その他の疾病等にかかったことがありますか。 ・「はい」と答えた方は病名も記載してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (病名:)
たばこ	たばこについてお聞きます。たばこは習慣的に吸っていますか。 ・「習慣的に喫煙している者」とは条件1・2を両方満たす者である。 条件1: 最近1か月間吸っている。 条件2: 生涯で6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている。 ・「吸う」・「やめた」と答えた方は吸っていた1日の本数、年数を数字で記入してください。	<input type="checkbox"/> 吸わない (それ以外) <input type="checkbox"/> 吸う (1日の本数 <input type="text"/> 本 <input type="text"/> 年間) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが最近1か月間は吸っていない (吸っていた1日の本数 <input type="text"/> 本 <input type="text"/> 年間)
お酒	お酒についてお聞きます。お酒は飲まれますか。 ・「やめた」「飲まない」と答えた方以外の方は飲酒量を数字で記入してください。 ※「やめた」とは月1回以上習慣的な飲酒があったが、直近1年以上で飲酒していない者 日本酒1合(180ml) = ビール(500ml)、焼酎25度(110ml)、 ワイン(180ml)、ウイスキー(60ml)、 缶チューハイ(5度・500ml、7度・350ml)	<input type="checkbox"/> 毎日飲む (1日の飲酒量 <input type="text"/> 合) <input type="checkbox"/> 週5~6日飲む (1日の飲酒量 <input type="text"/> 合) <input type="checkbox"/> 週3~4日飲む (1日の飲酒量 <input type="text"/> 合) <input type="checkbox"/> 週1~2日飲む (1日の飲酒量 <input type="text"/> 合) <input type="checkbox"/> 月1~3日飲む (1日の飲酒量 <input type="text"/> 合) <input type="checkbox"/> 月1日未満 (1日の飲酒量 <input type="text"/> 合) <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない (飲めない)
体重	20歳の時の体重と比べて10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
運動	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。 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。 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
食事	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。 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。 朝昼夕の3食以外に間食 (菓子類・果物など) や甘い飲み物を摂取していますか。 人と比較して食べる速度が速いですか。 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない <input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い <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、かみあ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
生活習慣	運動や食生活等の生活習慣を改善したいと思いますか。 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"/> 思わない <input type="checkbox"/> 半年以内には始めたいと思っている <input type="checkbox"/> 1か月以内には始めたいと思っている <input type="checkbox"/> 既に始めている (6か月未満) <input type="checkbox"/> 既に始めている (6か月以上) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
自覚症状	息切れ、動悸、めまいがしますか。 胸部症状 (胸痛等) がありますか。 その他の症状がありますか。 ・「はい」と答えた方は症状を記載してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (症状:)