

# 質問票

(受診者)氏名 \_\_\_\_\_

質問項目		回答 (いずれかにレ又は○)	
1	血圧を下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している。	<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服用している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けたことがある。	<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る。	<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る。 (※「現在、たばこを習慣的に吸っている」とは、「今までに合計100本以上」、又は「6ヶ月以上吸っている者」であり最近1ヶ月間も吸っている者)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時の体重から10キロ以上増加している。	<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回以上、1年以上実施している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	同世代の同性と比較して歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13	食事を噛んで食べる時の状態はどれにあてはまりますか？	<input type="checkbox"/> 何でも噛んで食べることができる。 <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、噛み合わせなど気になる部分があり、噛みにくいことがある。 <input type="checkbox"/> ほとんど噛めない。	
14	人と比較して食べる速度が速い。	<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回以上ある。	<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回以上ある。	<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)を現在どのくらいの頻度で飲みますか？	<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)	
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれだけですか？ ※日本酒1合(180ml)の目安：ビール(500ml)、 焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、 ワイン2杯(240ml)	<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	
20	睡眠で休養が得られている。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活等で生活改善をしてみようと思いかすか？	<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(概ね1月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている。 <input type="checkbox"/> 既に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> 既に取り組んでいる(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