

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○で囲んでください。

	質 問 項 目	回 答
既往歴	現在、aからcの薬を使用していますか。(医師の判断・治療のもとで服薬中のもの) a. 血圧を下げる薬 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<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
	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りますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞、不整脈等)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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (病名: _____)
	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)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	肝臓病にかかったり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	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
	その他の疾病等にかかったことがありますか。 ・はいと答えられた方は病名を記載してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (病名: _____)
たばこ	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件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か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	<input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) <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(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ(上記以外)
運動	睡眠で休養が十分とれていますか。 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。	<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(ふつう) <input type="checkbox"/> いいえ
食事	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。 人と比較して食べる速度が速いですか。 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食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。 20歳の時の体重から、10kg以上増加していますか。	<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 <input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
お酒	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。 (※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者) 飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、 ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	<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(飲めない) <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号未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
生活習慣	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。 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"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、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) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
自覚症状	息切れ、動悸、めまいがする。 胸部症状(胸痛等)がある。 その他症状がある。 「はい」と答えられた方は症状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 (症状: _____)
女性の方にお聞きします。		
	現在妊娠していますか。 現在、生理中ですか。	<input type="checkbox"/> はい([]ヶ月) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ