

問診票

ID										
フリガナ										
氏名	様	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和			年		月		日
			<input type="checkbox"/> 平成							
		性別	<input type="checkbox"/> 男性		<input type="checkbox"/> 女性					
住所	〒 市・郡									
電話番号	(- -)			携帯電話	(- -)					
緊急連絡先	氏名	ご関係								
電話番号	(- -)			※必ず緊急連絡先をご記入ください(ご家族・職場等)						

以下の質問について、それぞれ該当する欄(1つ)に✓をつけてください

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	インスリン注射または血糖を下げる薬を服用している ☆	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	コレステロール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)の診断や、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)の診断や治療を受けたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から慢性腎不全の診断や、治療(人工透析)を受けたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から貧血と言われた事がある	<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、習慣的に喫煙している者とは、条件1と条件2を満たす者である 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か月は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ(①②以外)	
9	20歳の時から10kg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	日常生活で歩行又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	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度は速い	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13	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"/> 何でも噛んで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき噛み合せ等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"/> ふつう <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物を摂ることがある	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんどない
17	朝食を抜くことが週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年間以上酒類を摂取していない者)	<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)	
19	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)、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、7度・350ml)	<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る	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活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"/> 改善するつもりである(6か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> すでに取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> すで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