

質 問 票

記 入 日	令和 年 月 日	※ 本様式は受診者においてご記入下さい。	
氏 名		生年月日	昭和 年 月 日

該当する選択肢番号に○を付けて下さい

No.	質 問 事 項	選 択 肢
1－3	現在、a から c の薬の使用の有無	
1	a． 血圧を下げる薬	1. はい 2. いいえ
2	b． 血糖を下げる薬又はインスリン注射	1. はい 2. いいえ
3	c． コレステロールや中性脂肪を下げる薬	1. はい 2. 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りますか。	1. はい 2. 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りますか。	1. はい 2. 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）を受けていますか。	1. はい 2. いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	1. はい 2. いいえ
8	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 ヶ月間吸っている 条件 2：生涯で 6 ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている。	1. はい(条件1と条件2を両方満たす) 2. 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) 3. いいえ(1、2以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	1. はい 2. 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 年以上実施	1. はい 2. 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 時間以上実施	1. はい 2. いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	1. はい 2. 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。	1. 何でもかんで食べることができる 2. 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 3. ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	1. 速い 2. ふつう 3. 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。	1. はい 2. 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。	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週 3 回以上ある。	1. はい 2. いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどれくらいですか。 (※「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)	1. 毎日 2. 週5～6日 3. 週3～4日 4. 週1～2日 5. 月に1～3日 6. 月に1日未満 7. やめた 8. 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 1 5 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)	1. 1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3～5合未満 5. 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	1. はい 2. 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っていますか。	1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである(概ね6か月以内) 3. 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 4. 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) 5. 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。	1. はい 2. いいえ