

ID

問診票

平成 年 月 日

名 前	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	T・S・H 年 月 日
			☎自宅	
住 所	〒		☎携帯	

- 1 検査前の食事は何時間前にとりましたか。 食後 時間後
- 2 血圧を下げる薬を内服していますか。 はい いいえ
- 3 インスリン注射 又は血糖を下げる薬を内服していますか。 はい いいえ
- 4 コレステロール・中性脂肪を下げる薬を内服していますか。 はい いいえ
- 5 脳卒中(脳出血・脳梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。 はい いいえ
- 6 心臓病(狭心症・心筋梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。 はい いいえ
- 7 慢性の腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。 はい いいえ
- 8 貧血と言われたことがありますか。 はい いいえ
- 9 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 はい いいえ
- 10 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。 はい いいえ
- 11 この1年間で体重の増減が±3kg以上ありましたか。 はい いいえ
- 12 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。 はい いいえ
- 13 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ますか。 はい いいえ
- 14 ほぼ同年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。 はい いいえ
- 15 人と比較して食べる速度が速いですか。 速い 普通 遅い
- 16 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。 はい いいえ
- 17 夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ありますか。 はい いいえ
- 18 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。 はい いいえ
- 19 外食は週何回程度ですか。(3食合計で) 回
- 20 お酒(清酒・焼酎・ビール・洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。
- 21 質問20で「毎日」「時々」と答えた方のみご回答ください。 毎日 時々 飲まない
飲酒日の1日あたりの飲酒量はどのくらいですか。
- 22 睡眠で休養が十分とれていますか。 はい いいえ
- 23 運動や食生活等の生活習慣の改善をしてみようと思いませんか。 []
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ヶ月以内)
③近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しづつ始めている。
④既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)
⑤既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
- 24 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。 はい いいえ
- 25 健康上で気になることがあればご記入ください。
[]