

受診日

氏名

該当する選択肢をチェックしてください

良い例  悪い例

1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ						
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ						
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか	<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りますか	<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りますか	<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)を受けていますか	<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)	<input type="checkbox"/>	①はい (条件1と条件2を両方満たす)	<input type="checkbox"/>	②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"/>	③いいえ(①②以外)				
9	20歳の時の体重から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日以上、1年以上実施	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	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	<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が速い	<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				
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)	<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1~3日
		<input type="checkbox"/>	月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)の目安ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶ビール(同5度・約500ml、同7度・約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	運動や食生活等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(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)
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						
23	食後何時間経っていますか	<input type="checkbox"/>	10時間以上	<input type="checkbox"/>	3.5時間以上10時間未満	<input type="checkbox"/>	3.5時間未満				