

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 | | | | |