

質問票

記号・番号	・	受診者氏名 (カナでご記入をお願いします)
-------	---	-----------------------

※ この質問票に記入いただいた情報は、保健事業を推進するための目的以外に使用いたしません。

1	血圧を下げる薬を飲んでいますか	<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飲んでいますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか	<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)にかかっているとされたり、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)にかかっているとされたり、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されたり、治療(人工透析等)を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがありますか	<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を両方満たす方です 条件1:最近1カ月間吸っている 条件2:生涯で6カ月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、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カ月は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ(①②以外)	
9	20歳のときの体重から10kg以上増加していますか	<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年以上実施していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	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	<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ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13	食事を噛んで食べるときの状態はどれに当てはまりますか	<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、噛み合わせなど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ですか	<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> 普通 <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回以上ありますか	<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回以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒等)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もののうち、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3~4日 <input type="checkbox"/> 月1~3日 <input type="checkbox"/> やめた	<input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <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)、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・350ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上	<input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満
20	睡眠で休養が十分にとれていますか	<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