

質 問 票

以下の質問にお答えください。該当する□へ☑(斜線)または○で囲んでください。

	質 問 項 目	回 答
既往歴	現在、aからcの薬を使用していますか。(医師の判断・治療のもとで服薬中のもの)	
	a. 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	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
	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 (病名: _____)
	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
	肝臓病にかかったり、治療を受けたことがありますか。 医師から貧血といわれたことがありますか。 その他の疾病等にかかったことがありますか。 ・はいと答えた方は病名を記載してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (病名: _____)
たばこ	現在、たばこ(加熱式たばこや電子たばこを含む)を習慣的に吸っていますか。 ※現在、合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っており、最近1ヶ月間も吸っている「吸う」と答えた方は、1日の本数、年数を記入してください。 「やめた」と答えた方は、吸っていた1日の本数、年数を記入してください。	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日の本数 本 年間) <input type="checkbox"/> やめた(吸っていた本数 本) (吸っていた年数 年)
	睡眠で休養が十分とれていますか。 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。 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(ふつう) <input type="checkbox"/> いいえ
食 事	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
	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"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
	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
	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
	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。 20歳の時の体重から、10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
お 酒	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。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)
	毎日、又は時々飲む方は飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。	<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合以上
	日本酒1合(180ml)の目安:ビール500ml、焼酎(25度)110ml、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	
生 活 習 慣	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)
	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
自覚症状	息切れ、動悸、めまいがする。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	胸部症状(胸痛等)がある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	その他症状がある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「はい」と答えた方は症状も記載してください。	(症状: _____)
女性の方にお聞きします。	現在妊娠していますか。	<input type="checkbox"/> はい([]ヶ月) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性あり
	現在、生理中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ