

※質問票も記入してください。

質 問 票

I ～IVの該当する□にチェックを入れてください。（記入例：☒）

|                            |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I. これまでに次の病気にかかったことがありますか。 |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                            | ある                       | 治療中                      | <div>服薬中→病院から出ている薬</div> <div><input type="checkbox"/>（血圧を下げる薬）</div> <div><input type="checkbox"/>（血糖を下げる薬又はインスリン注射）</div> <div><input type="checkbox"/>（コレステロールや中性脂肪を下げる薬）</div> <div>↑服薬中の方は必ず記入をお願いします。</div> <div>人工透析などで治療中の方は⑥にお答えください。</div> |
| ①高血圧症                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ②糖尿病                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ③脂質異常症（高脂血症）               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ④脳卒中（脳出血、脳梗塞等）             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ⑤心臓病（狭心症、心筋梗塞等）            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ⑥慢性腎不全、腎不全                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ⑦貧血                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ⑧眼科疾患                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ⑨肝臓病                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ⑩痛風（高尿酸血症）                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ⑪胃の手術                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                 |                          |                          |                          |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| II. 血のつながりのある方で次の病気にかかった人がいますか。 |                          |                          |                          |
|                                 | 父                        | 母                        | 兄弟姉妹                     |
| ①高血圧症                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ②心臓病                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③脳卒中（脳出血、脳梗塞等）                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④糖尿病                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑤原因不明の急死                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| III. ここ1年間の自覚症状について、当てはまるものがありますか。  |                                    |
| ある                                  | ある                                 |
| <input type="checkbox"/> ①どうき、息切れ   | <input type="checkbox"/> ⑧意識を失った   |
| <input type="checkbox"/> ②胸痛、圧迫感    | <input type="checkbox"/> ⑨耳なり      |
| <input type="checkbox"/> ③脈のみだれ     | <input type="checkbox"/> ⑩手足のしびれ   |
| <input type="checkbox"/> ④頭痛        | <input type="checkbox"/> ⑪よくのどが渇く  |
| <input type="checkbox"/> ⑤めまい、立ちくらみ | <input type="checkbox"/> ⑫疲れやすい    |
| <input type="checkbox"/> ⑥言葉のもつれ    | <input type="checkbox"/> ⑬目のかすみ    |
| <input type="checkbox"/> ⑦顔、足のむくみ   | <input type="checkbox"/> ⑭夜間尿が3回以上 |

|                           |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IV. 当てはまるものにチェックを入れてください。 |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 1                         | たばこを習慣的に吸っている。                          | <input type="checkbox"/> ①はい（最近、1か月間吸っている）<br><input type="checkbox"/> ②最近、1か月間は吸っていない（以前は吸っていた）<br><input type="checkbox"/> ③いいえ（①②以外の方）                                                                                                                             |
| 2                         | 20歳の時の体重から10kg以上増加している。                 | <input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ                                                                                                                                                                                                            |
| 3                         | 1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。      | <input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ                                                                                                                                                                                                            |
| 4                         | 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る。      | <input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ                                                                                                                                                                                                            |
| 5                         | ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。                  | <input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ                                                                                                                                                                                                            |
| 6                         | 食事をかんで食べる時の状態（歯や歯茎）                     | <input type="checkbox"/> ①何でもかんで食べられる<br><input type="checkbox"/> ②かみにくいことがある<br><input type="checkbox"/> ③ほとんどかめない                                                                                                                                                   |
| 7                         | 人と比較して食べる速度が速い。                         | <input type="checkbox"/> ①速い <input type="checkbox"/> ②ふつう <input type="checkbox"/> ③遅い                                                                                                                                                                               |
| 8                         | 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"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ                                                                                                                                                                                                            |
| 9                         | 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取している。               | <input type="checkbox"/> ①毎日 <input type="checkbox"/> ②時々 <input type="checkbox"/> ③ほとんど摂取しない                                                                                                                                                                         |
| 10                        | 朝食を抜くことが週に3回以上ある。                       | <input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ                                                                                                                                                                                                            |
| 11                        | お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度                | <input type="checkbox"/> ①毎日 <input type="checkbox"/> ②週5～6日 <input type="checkbox"/> ③週3～4日<br><input type="checkbox"/> ④週1～2日 <input type="checkbox"/> ⑤月1～3日 <input type="checkbox"/> ⑥月1日未満<br><input type="checkbox"/> ⑦やめた <input type="checkbox"/> ⑧飲まない（飲めない） |
| 12                        | 飲酒日の1日当たりの飲酒量（日本酒に換算してお答えください。目安は下部※参照） | <input type="checkbox"/> ①1合未満 <input type="checkbox"/> ②1～2合未満 <input type="checkbox"/> ③2～3合未満<br><input type="checkbox"/> ④4～5合未満 <input type="checkbox"/> ⑤5合以上                                                                                                   |
| 13                        | 睡眠で休養が十分とれている。                          | <input type="checkbox"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ                                                                                                                                                                                                            |
| 14                        | 運動や食生活の生活習慣を改善してみようと思いませんか。             | <input type="checkbox"/> ①改善するつもりはない<br><input type="checkbox"/> ②改善するつもりである（おおむね6か月以内）<br><input type="checkbox"/> ③近いうちに（おおむね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている<br><input type="checkbox"/> ④既に改善に取り組んでいる（6か月未満）<br><input type="checkbox"/> ⑤既に改善に取り組んでいる（6か月以上）           |
| 15                        | 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"/> ①はい <input type="checkbox"/> ②いいえ                                                                                                                                                                                                            |

※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・約60mL）、缶チューハイ（同5度・約500mL又は同7度・約350mL）