

該当する項目の に して下さい。

氏名 _____

- 1 血圧を下げる薬を服用していますか？ はい いいえ
- 2 インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか？ はい いいえ
- 3 コレステロールを下げる薬を服用していますか？ はい いいえ
- 4 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）と言われたり、治療を受けたことがありますか？ はい いいえ
- 5 心臓病（狭心症・心筋梗塞等）と言われたり、治療を受けたことがありますか？ はい いいえ
- 6 慢性の腎不全と言われたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか？ はい いいえ
- 7 貧血と言われたり、治療を受けたことがありますか？ はい いいえ
- 8 その他、現在治療中の病気や過去に指摘された病気がありますか？ はい（ ） いいえ
- 9 現在、たばこを習慣的に吸っていますか？ はい いいえ
- 10 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか？ はい いいえ
- 11 この1年間で体重の増減が±3kg以上ありましたか？ はい いいえ
- 12 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？ はい いいえ
- 13 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？ はい いいえ
- 14 ほぼ同年齢の同姓と比較して歩く速度が速いですか？ はい いいえ
- 15 人と比較して食べる速度が速いですか？ はい いいえ
- 16 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？ はい いいえ
- 17 夕食前に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ありますか？ はい いいえ
- 18 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか？ はい いいえ
- 19 外食は週何回程度ですか？ （ ）回
- 20 飲酒の頻度はどのくらいですか？ 毎日 時々 ほとんど飲まない 飲まない
- 21 1日あたりの飲酒量はどのくらいですか？ 1合未満 1～2合未満 2～3合 3合以上
- 22 睡眠で休養が十分とれていますか？ はい いいえ
- 23 運動や食生活等の生活習慣の改善を試みようと思いませんか？（ひとつのみ回答）
改善するつもりはない 改善するつもりである 約1ヶ月以内改善するつもりで始めている
既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）
- 24 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？ はい いいえ
- 25 何か手術の既往はありますか？ はい（ ） いいえ
- 26 胃の検査は最近受けましたか？ はい いいえ
- 27 その胃の検査の結果はどうでしたか？ 異常なし 病名（ ）
- 28 最近当てはまる症状があれば○をして下さい。
めまい・耳鳴り、頭痛、喉の渇き、倦怠感・疲労感、排尿障害、夜間頻尿、むくみ、体重減少、胸痛、
息切れ・動悸、咳・痰・血痰、腹痛、はきけ、胸焼け、便秘、下痢、食欲不振、その他（ ）
- 29 妊娠はしていませんか？ はい いいえ

健康上で気になることがあれば書いてください