

質問票

令和6年度から

※各自ご記入ください

氏名		生年月日		記入日	
----	--	------	--	-----	--

該当するところにチェック☑をしてください。

●最近の症状としてあてはまるものがあれば記入してください。					
<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 頭痛・頭重感	<input type="checkbox"/> 胸やけ	<input type="checkbox"/> 肩こり・腰痛	<input type="checkbox"/> 尿が近い（頻尿）	<input type="checkbox"/> むくみ
<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 胸がしめつけられる	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ	<input type="checkbox"/> 残尿感がある	
<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> めまい・ふらつき	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> ひどい疲れ・倦怠感	<input type="checkbox"/> いらいら・怒りっぽい	
<input type="checkbox"/> 咳・痰	<input type="checkbox"/> のどがとても渇く	<input type="checkbox"/> 動悸・息切れ（日常生活や歩行のみで）	<input type="checkbox"/> 脈が乱れる	<input type="checkbox"/> やる気がない・憂鬱	
●現在治療中、または経過観察中の病気がありますか？ (高血圧症・糖尿病・脂質異常症以外の病気)			●下記の病気について、以前にかかったことがありますか？ (既往歴)		
<input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症（高脂血症） <input type="checkbox"/> 肝臓病		
<input type="checkbox"/> 有（ ）			<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

NO	質問項目	選択肢	回答欄
1-3	現在、aからcの薬を使用していますか。		
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ	
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ	
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②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。	①はい ②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。	①はい ②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)を受けていますか。	①はい ②いいえ	
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ	
8	現在、タバコ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か月間吸っている 条件2: 生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	①はい(条件1と条件2を両方満たす) 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) 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。	①はい ②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。	①はい ②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時間以上実施していますか。	①はい ②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。	①はい ②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。	①何でもかんで食べることができる ②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 ③ほとんどかめない	
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	①早い ②ふつう ③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。	①はい ②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。	①毎日 ②時々 ③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。	①はい ②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)	①毎日 ②週5~6日 ③週3~4日 ④週1~2日 ⑤月に1~3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧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・約350ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3~5合未満 ⑤5合以上	
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	①はい ②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すか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6か月以内) ③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 ④既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤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。	①はい ②いいえ	