

# 問診票

事業所名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

性別 男・女 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

連絡先電話番号をご記入ください。 \_\_\_\_\_

これまでにかかった病気  
 ( ) 才) 具体的にご記入下さい  
 ( ) 才)  
 ( ) 才)

現在治療中の病気

あり  なし (『あり』の場合は下記該当事項にチェックしてください)

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 脳血管障害	<input type="checkbox"/> 皮膚病	<input type="checkbox"/> 泌尿器系の病気	<input type="checkbox"/> 婦人科的病気
<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 貧血症	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 呼吸器系の病気	その他(病名: _____)
<input type="checkbox"/> 胆石	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 痛風		<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸の病気	
<input type="checkbox"/> 膵臓病	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 花粉症		<input type="checkbox"/> 甲状腺の病気	

食後時間についてお聞かせください。 食後 10時間以上 ・ 3.5~10時間未満 ・ 3.5時間未満

女性の方へののみご回答です。 現在 妊娠中ですか? はい・いいえ 生理中ですか? はい・いいえ

問診項目

血圧を下げる薬	1. はい 2. いいえ	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ことをしめす) 1. 毎日 2. 週5~6日 3. 週3~4日 4. 週1~2日 5. 月1~3日 6. 月に1日未満 7. やめた 8. 飲まない(飲めない)
血糖を下げる薬またはインスリン注射	1. はい 2. いいえ	
コレステロールや中性脂肪を下げる薬	1. はい 2. いいえ	
医師から、脳卒中(脳出血・脳梗塞など)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい 2. いいえ	
医師から、心臓病(狭心症・心筋梗塞など)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい 2. いいえ	
医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	1. はい 2. いいえ	
医師から、貧血と言われたことがありますか。	1. はい 2. いいえ	
現在たばこを習慣的に吸っていますか。 ※習慣的に吸っているとは、以下2点を満たすことです 1. 最近1カ月間吸っている 2. 生涯で6ヶ月以上、又は合計100本以上吸っている	1. はい 2. 以前は吸っていた ※条件2のみ該当する 3. いいえ	
20歳のときの体重から10Kg以上増加している	1. はい 2. いいえ	
1回30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	1. はい 2. いいえ	
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る。	1. はい 2. いいえ	睡眠で休養が十分とれている。
ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
食事をかんで食べるときの状態はどれにあてはまりますか。	1. なんでも噛める 2. 噛みにくいことがある 3. ほとんどかめない	運動や食生活などの生活習慣を改善してみようと思いませんか? 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ヶ月以内) 3. 近いうちに(概ね1ヶ月以内)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ヶ月未満) 5. 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
人と比較して食べる速度が速い。	1. 速い 2. 普通 3. 遅い	
就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ある。	1. はい 2. いいえ	
朝昼夕方の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	
朝食を抜くことが週に3回以上ある。	1. はい 2. いいえ	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