

質 問 票

令和6年度から

※各自でご記入ください

氏 名		生年月日	S・H	年	月	日	電話番号		
住所	日野町								

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。

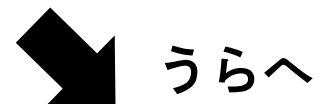
<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 頭痛・頭重感	<input type="checkbox"/> 胸やけ	<input type="checkbox"/> 肩こり・腰痛	<input type="checkbox"/> 尿が近い(頻尿)	<input type="checkbox"/> むくみ
<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 胸がしめつけられる	<input type="checkbox"/> 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・憂うつ	

<p>●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)</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> <p><input type="checkbox"/> 有 ()</p>	<p>●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)</p> <p><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"/> 痛風</p> <p><input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> その他 ()</p>
--	---

●質問項目について、該当する選択肢に○をしてください。

NO	質問項目	選択肢
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(人工透析等)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りますか	①はい ②いいえ
8	<p>現在、たばこを習慣的に吸っていますか</p> <p>※「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。</p> <p>条件1：最近1か月間吸っている</p> <p>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</p>	<p>①はい(条件1と条件2を両方満たす)</p> <p>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)</p> <p>③いいえ(①②以外)</p>
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか	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

※裏面にも引き続き質問があります



NO	質問項目	選択肢
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速い 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(菓子類、果物等)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(日本酒に換算して) 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えますか	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

※この質問票は、ご記入の上受診券とともに提出してください