

# 標準的な質問票

記号	番号	氏名	続柄	生年月日	年齢
				S ・ H	年 月 日
質問項目				回答	
1		現在、血圧を下げる薬を飲んでいる		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2		現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいる		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3		現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいる		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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る		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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る		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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(人工透析など)を受けている		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7		医師から、貧血といわれたことがある		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8		現在、たばこを習慣的に吸っている		<input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす)	
		(※「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 条件1: 最近1か月間吸っている 条件2: 生涯で6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)		<input type="checkbox"/> 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)	
				<input type="checkbox"/> いいえ	
9		20歳の時の体重から10kg以上増加している		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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るか		<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる	
				<input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなどに気になる部分があり、かみにくいことがある	
				<input type="checkbox"/> ほとんどかめない	
14		人と比較して食べる速度が速い		<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> ふつう
				<input type="checkbox"/> 遅い	
15		就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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る		<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々
				<input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない	
17		朝食を抜くことが週に3回以上ある		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
18		お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度 (※「やめた」とは、過去に1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)		<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週5~6日
				<input type="checkbox"/> 週3~4日	<input type="checkbox"/> 週1~2日
				<input type="checkbox"/> 月に1~3日	<input type="checkbox"/> 月に1日未満
				<input type="checkbox"/> やめた	<input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> 1合未満	<input type="checkbox"/> 1~2合未満
				<input type="checkbox"/> 2~3合未満	<input type="checkbox"/> 3~5合未満
				<input type="checkbox"/> 5合以上	
20		睡眠で休養が十分とれている		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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うか		<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない	
				<input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内)	
				<input type="checkbox"/> 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	
				<input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満)	
				<input type="checkbox"/> 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る		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

