

氏名: _____ 生年月日: _____ 年 月 日 年齢: _____ 電話: _____

質問項目		回答 (いずれかに☑)
1	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	血糖を下げる薬を飲んでいる、またはインスリン注射をしている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	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)と言われたり、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)と言われたり、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と言われたり、治療(透析等)を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から貧血と言われたことがある。	<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 <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年以上実施している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活で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。	<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りますか。	<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、かみ合わせなど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ますか。	<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)を飲む頻度はどれくらいですか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれくらいですか。 日本酒1合(180ml)の目安: ビール 500ml、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<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えますか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 概ね6か月以内に改善するつもりである <input type="checkbox"/> 概ね1か月以内に改善するつもりで、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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

→ 裏面もご記入ください

理想の体重・目標の血圧があれば、ご記入ください。

理想の体重

kg

目標の血圧

/

mmHg

日常生活の中で改善したいことや、既に改善に取り組んでいること、目標などをご記入ください。

例) 食べる量を控える、犬の散歩を今よりも遠回りしてみる、付き合いのお酒を飲みすぎない、禁煙する等

人間ドックで精密検査になった項目があれば、ご記入ください。また、医師よりどのような説明がありましたか。

例) 狭心症と言われ、さらに詳しい検査をした。今後も〇〇病院の心臓内科に通う。

・血糖値が高く、運動をするように言われ、栄養指導を継続的に受けることになった。薬も飲むことになった。

その他、人間ドックで指導を受けた内容があれば、該当項目に☑、または自由にご記入ください。

- 食事
- 運動
- 禁煙
- 禁酒(減酒)
- 体重測定・記録
- 血圧測定・記録
- 内服
- その他

ご協力ありがとうございました