

質 問 票

組合員証記号番号		氏 名	
記 入 年 月 日	年 月 日	生 年 月 日	年 月 日

	質 問 項 目	回 答
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか？	<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使用していますか？	<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りますか。	<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りますか。	<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)を受けていますか。	<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りますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、 <u>たばこ</u> を習慣的に吸っていますか。 (これまでに合計 100 本以上又は 6 か月以上吸っていて、最近 1 か月間も吸っている。)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	20 歳の時の体重から 10kg 以上増加していますか。	<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 年以上実施していますか。	<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 時間以上実施していますか。	<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ですか。	<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、かみあ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ですか。	<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 回以上ありますか。	<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 回以上ありますか。	<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	<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 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ますか。	<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いませんか。	<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

※ 1 ~ 3 については、医師の診断・治療のもとで服薬中の場合のみ

2018.4.1 改訂