

お名前

様

歳（男・女）

日付

	質問項目	回答欄
1	血圧を下げる薬を使用していますか？	はい ・ いいえ
2	インスリン注射または血糖を下げる薬を使用していますか？	はい ・ いいえ
3	コレステロールを下げる薬を使用していますか？	はい ・ いいえ
4	食べ物のアレルギーはありますか？ 「はい」と回答された方 原因となる食べ物、薬は何ですか？ ()	はい ・ いいえ
5	医師から貧血と言われた事がありますか？	はい ・ いいえ
6	現在、通院中の医療機関はありますか？ 「はい」の方 医療機関名() 病 名() ※薬またはお薬手帳をお持ちでしたらご提示下さい。	はい ・ いいえ
7	女性の方にお伺い致します。 現在、妊娠をしている可能性はありますか？	はい ・ いいえ
8	20歳の時より10kg以上体重が増加している。	はい ・ いいえ
9	1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上継続して実施していますか？	はい ・ いいえ
10	日常生活において、歩行または同等の身体活動を1日に1時間以上実施していますか？	はい ・ いいえ
11	同年齢の同姓と比べて、歩くのが速いですか？	速い・普通・遅い
12	この1年間で、体重の増減が±3kg以上あった。	はい ・ いいえ
13	他人と比較して、食べるのが早い。	早い・普通・遅い
14	就寝前2時間以内に夕食を摂る事が、週に3回以上ある。	はい ・ いいえ
15	夕食後に間食（夜食）を摂る事が、週に3回以上ある。	はい ・ いいえ
16	朝食を抜く事が週に3回以上ある。	はい ・ いいえ
17	現在、タバコを習慣的に吸っている。	はい ・ いいえ
18	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒等）を飲む頻度。	毎日・時々・飲まない
19	飲酒日1日あたりの飲酒量を教えて下さい。	例)缶ビール 350ml なら 2本
20	睡眠で休養が十分に取れていますか。	はい ・ いいえ
21	運動不足や食生活の乱れ等の生活習慣を改善してみようと思いませんか？	<input type="checkbox"/> 改善する気はない <input type="checkbox"/> 改善する気はある <input type="checkbox"/> 少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 取り組んでいる（6ヶ月未満） <input type="checkbox"/> 取り組んでいる（6ヶ月以上）
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？	はい ・ いいえ

具体的な既往歴（病歴）

自覚症状

他覚症状