

4. 問診（該当するものに☑をしてください）

	質問項目	回答
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、血糖を下げる薬の服用又はインスリン注射をしていますか	<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服用していますか	<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、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者です。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、または合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> はい（条件1と条件2両方を満たす） <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない（条件2のみ満たす） <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳のときの体重から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"/> 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、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です。	<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1～3日 <input type="checkbox"/> 月1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量はどの位ですか。 ※日本酒1合（180ml）の目安： ビール500ml、焼酎110ml、ワイン180ml、ウイスキー60ml、缶チューハイ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っっていますか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもり（半年以内） <input type="checkbox"/> 改善するつもり（1か月以内） <input type="checkbox"/> 改善している（半年未満） <input type="checkbox"/> 改善している（半年以上）
22	生活習慣の改善について、特定保健指導を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ