

## 問診表

	質問	回答		質問	回答
	1-3 現在、aからcの薬の使用の有無				
1	a.血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	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
2	b.インスリン注射または血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	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
3	c.コレステロールを下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	16	夕食後に間食（3食以外の夜食）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
4	医師から脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているとされたり、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	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
5	医師から心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているとされたり、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	18	お酒（清酒、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）
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているとされたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	19	飲酒日の一日当たりの飲酒量 清酒1合（180ml）の目安 ビール中瓶1本（約500ml） 焼酎35度（80ml） ウィスキーダブル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
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	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
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。（※「現在習慣的に吸っている者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	21	運動や食生活など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ヶ月以内） <input type="checkbox"/> 近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりである。 <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）
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	22	生活習慣の改善について保険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
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	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			



一般財団法人 中小企業衛生管理協会  
**霞ヶ関診療所**  
KASUMIGASEKI CLINIC