

生活習慣病自己チェック

☆ 問 診 票 ☆

氏名 _____ 様 生年月日 M・T・S _____ . _____ . _____



以下の質問にお答えください。

・「朝食をとらない日が一週間に2日以上ありますか」 (Yes / No)

・「食事以外に間食をしますか」 (Yes / No)

・「朝・昼・夕の食事の量をあわせて100%とすると、あなたの普段の食事の内訳はどのようになりますか」 例： 朝20% 昼30% 夕50%

朝 _____ % 昼 _____ % 夕 _____ %

・「平均的な夕食の時間は何時ぐらいですか」 _____ 時ぐらい

・「平均的な就寝・起床時間は何時ぐらいですか」 _____ 時ぐらい

・「日常生活に運動を取り入れていますか？」
(定期的に運動している・できるだけ歩くように心がけている・まったく気にしていない)

・「現在の自分の体重についてどう思いますか？」
(多すぎる・ちょうどいい・少なすぎる)

・「タバコを吸いますか」 (Yes / No)

・「一週間のうちお酒を飲まない日が1日以上ありますか」 (Yes / No)

・「以下にあげる適量以上のお酒を飲むことが一週間に一回以上ありますか」
ビール500ml または日本酒2合、または焼酎グラス一杯 (Yes / No)

・「高血圧の症状として正しいものはどれですか？」
(頭痛・吐き気・腹痛・症状はない)

- ・「動脈硬化に一番結びつきやすいコレステロールは次のどれですか」

(HDL コレステロール・中性脂肪・LDL コレステロール)

- ・「糖尿病の合併症(糖尿病になることでおこる重い病気)には何がありますか？」知っているものがあればあげてください(複数回答可)

- ・「現在の生活習慣に問題があると思いますか」 (Yes / No)

- ・「現在の生活習慣に問題があればそれを改善したいと思いますか」 (Yes / No)

- ・その他生活習慣病に関するご質問や今後治療が必要になった場合のご希望などありましたらご自由にお書きください。

以上の内容と健診結果をもとに、あなたの生活習慣に関するアドバイスを作成させていただきます。お疲れ様でした。

