

事前情報② 必須問診

1	現在aからcの薬の使用有無	
	血圧	いいえ
	インスリンまたは血糖を下げる薬	いいえ
	コレステロール	いいえ
4	医師から脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか	いいえ
5	医師から心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか	いいえ
6	医師から慢性の腎不全にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか	いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがありますか	いいえ
8	現在たばこを習慣的に吸っている	いいえ
9	20歳の時から体重が10kg以上増加している	はい
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	いいえ
11	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施	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	はい
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった	いいえ
14	人と比較して食べる速度が速い	早い
15	就寝前の2時間以内に夕食を摂ることが週に3回以上ある	はい
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	はい
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある	いいえ
18	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	時々
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量	3合以上
20	睡眠で休養が十分取れている	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	いいえ
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	いいえ