

※質問に該当するものに✓を記入してください。枠からはみ出さないようにご記入ください。

ID	生年月日		年齢	性別
氏名	フリガナ		電話番号	携帯
住所			自宅	
採血時間	<input type="checkbox"/> 食後10時間以上	<input type="checkbox"/> 食後3.5時間以上	<input type="checkbox"/> 食後3.5時間未満	
●次の病気のうち、現在治療中または以前かかったことがあれば、下記の欄に✓印をつけてください。該当されるものが無ければ該当なしに✓印をつけて下さい。				
	高血圧	脳血管障害	心臓病	脂質異常症
治療中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
以前かかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
●あなたのご両親・兄弟(姉妹)で次の病気にかかった人がいれば、下記の欄に✓印をつけて下さい。				
	高血圧	脳血管障害	心臓病	糖尿病
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自覚症状 (該当する病状に✓をつけて下さい。)				
	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 胃痛	<input type="checkbox"/> 便に血がにじむ	<input type="checkbox"/> 該当なし
	その他()			
質問項目			回答	
1	現在、血圧を下げる薬を飲んでいる。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、血糖を下げる薬を飲んでいる、またはインスリン注射を行っている。			<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飲んでいる。			<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、治療を受けた事がある。			<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)にかかっているとされたり、治療を受けた事がある。			<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されたり、治療(人工透析など)を受けている。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在習慣的に喫煙している者」とは「合計」100本以上、または6ヶ月以上吸っている者)であり、最近1か月間も吸っている者)			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	20歳の時から体重が10kg以上増加している。			<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年以上実施している。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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時間以上実施している。			<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	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"/> 歯や歯茎、かみあわせなど 気になる部分があり、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。			<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝前2時間以内に夕食をとる事が週に3回以上ある。			<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る。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんどない
17	朝食を抜くことが週3回以上ある。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒(日本酒、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)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量(飲まない/飲めない方は「1合未満」を選択してください)。 日本酒1合(180ml)の目安:ビール1本(約500ml)、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル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
20	睡眠で休養が十分に取れている。			<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う。			<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カ月以内) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、 少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる (6カ月以上)
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する。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
不整脈症状(該当する病状に☑をつけて下さい。)				
	<input type="checkbox"/> 該当なし			
	<input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 胸部不快感 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 脱力感 <input type="checkbox"/> その他()			