

生活習慣問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 大・昭・平 年 月 日
住所 〒		
体重変化	身長 _____ cm 体重 _____ kg ・ 20歳時の体重 _____ kg 過去最高体重 _____ kg (_____ 歳時) 標準体重 (スタッフ記入) _____ kg 最近極端な変化はありましたか？ 体重変化の期間 _____ 増減体重 _____ kg位、 <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	
睡眠	大体何時頃起きて、何時頃寝ていますか？ 起床時間 _____ 時頃 就寝時間 _____ 時頃 睡眠時間は何時間くらいですか？ _____ 時間位 睡眠は良好ですか？ <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 不良 良くないとすればどのように良くないですか？ (_____) 睡眠薬や安定剤を服用していますか？ <input type="checkbox"/> 毎日～ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週____回位 <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> 使わない	
健康補助	現在摂られている健康食品・サプリメントや、実行されている健康法があれば教えてください。 (_____)	
家族	血縁者 (両親・兄弟・祖父母・子供) で、次の病気にかかったことがある方はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/> がん どなたに (_____)	
食事	食習慣について下記よりお選びください。(おおまかで構いません) [朝食] <input type="checkbox"/> 食べない <input type="checkbox"/> 自炊または家族が作る <input type="checkbox"/> 店屋物や外食が多い <input type="checkbox"/> 不規則 食べられる方は何時頃ですか？ _____ 時頃 主に何を食べられますか？ <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 魚 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 納豆 <input type="checkbox"/> 豆腐 <input type="checkbox"/> 味噌汁 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 佃煮 <input type="checkbox"/> 漬物 <input type="checkbox"/> その他 (_____) [昼食] <input type="checkbox"/> 食べない <input type="checkbox"/> 自炊または家族が作る <input type="checkbox"/> 店屋物や外食が多い <input type="checkbox"/> 不規則 食べられる方は何時頃ですか？ _____ 時頃 主に何を食べられますか？ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 外食 <input type="checkbox"/> コンビニ弁当 <input type="checkbox"/> 仕出し弁当 <input type="checkbox"/> 弁当持参 <input type="checkbox"/> その他 (_____) [夕食] <input type="checkbox"/> 食べない <input type="checkbox"/> 自炊または家族が作る <input type="checkbox"/> 店屋物や外食が多い <input type="checkbox"/> 不規則 食べられる方は何時頃ですか？ _____ 時頃 主に何を食べられますか？ <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 麺類 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 魚 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 豆腐 <input type="checkbox"/> 煮物 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 惣菜購入 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

食事

間食や夜食、ジュース、スポーツ飲料などを摂る習慣はありますか？ はい いいえ
『はい』の方はどれくらいの頻度ですか？ 週 _____ 回位 何時頃ですか？ _____ 時頃
何をどれくらい摂られますか？
〔 _____ 〕

どんな気分の時に間食、夜食をしたくなりますか？
リラックスして楽しみたい時 空腹の時 イライラなどから解放されたい時

食事面で気を付けていることはありますか？下記よりお選びください。
なし 野菜中心の食事 油分を控えめに バランスの良い食事
糖分を少なめに 塩分を控えめに 玄米や雑穀米を食べる
その他 (_____)

好んで料理に使用している油は何ですか？
紅花油 ひまわり油 コーン油 ごま油 サラダ油 菜種油
オリーブオイル 亜麻仁油 紫蘇油
その他 (_____)

運動

最近1ヵ月間に運動をしましたか？ はい いいえ
※『はい』を選んだ方は、下記の質問にお答えください。
運動はどのような内容ですか？
『1年以上続けている』は、『はい』か『いいえ』を選んでください。

内 容	1回の時間	週あたりの回数	1年以上続けている
	分	回	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	分	回	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	分	回	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	分	回	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※『いいえ』を選んだ方は、下記の質問にお答えください。
運動をしていない理由を選んでください。(複数回答可)
忙しくて時間がない 仕事で動いている 運動が苦手 仲間がいない
運動する場所がない やり方がわからない 疲れるのが面倒
興味がない 病気などで制限
その他 (_____)

日常での主な移動手段はどれですか？ 車 バイク 電車やバス 自転車 徒歩
あなな1日の活動状況は下記の3つのうちでどれが一番近いですか？
生活の大部分が座っている等、ほとんど動かない活動が中心
仕事は座って行うことが多いが、職場内で移動や接客、あるいは通勤や買い物、家事、軽いスポーツ等の立って行う作業も含む
仕事は立って行う作業が多い、あるいは余暇にスポーツをする等の活発な運動習慣を持っている

学生時代は運動をしていましたか？
いつですか？ 小学生 中学生 高校生 専門学生・大学生
運動内容 (_____)

仕事

仕事での活動量を下記よりお選びください。
軽作業 (デスクワーク、家事等) 普通の作業 (立ち仕事等) 重労働 (運搬、力仕事等)
夜勤などの変則勤務についていますか？
いいえ 夜勤のみ その他 (_____)

その他

定期的に歯科検診を受けていますか？
はい (どのくらいのペースですか？ : _____ ヵ月に1回) いいえ