

# 生活習慣病問診票

記載日：平成 年 月 日

お名前： \_\_\_\_\_ 年齢・性別： \_\_\_\_\_ 歳 男・女

該当する項目に○印または必要事項を記入して下さい。

## ①本日は絶食（食べ物も飲み物も口にしないこと）で来られましたか？

- ・はい
- ・いいえ ⇒ ( ) 時頃 ( ) を食べ（飲み）ました。

## ②今までに大きな病気・入院・手術をしたことがありますか？

- ・例えば、○年前 胃潰瘍・○年前 高血圧 ( )

## ③いつも飲んでる薬はありますか？

- ・ない
- ・ある ⇒ どんな薬ですか？(例えば、血圧の薬など) … ( )

## ④今までに薬のアレルギーがありましたか？体に合わない薬がありますか？

- ・ない
- ・ある ⇒ 詳しく書いてください ( )

## ⑤嗜好品についてお伺いします。

- ・喫煙：しない ・ する ⇒ 現在吸っている ・ 過去に吸っていた  
現在吸っている方 ⇒ ( ) 才から吸っている 1日( ) 本  
過去に吸っていた方 ⇒ ( ) 才から吸って、( ) でやめた
- ・飲酒：しない ・ する ⇒ 種類：ビール・焼酎・日本酒・ウイスキー・その他( )  
⇒ 1日どのくらい飲まれますか？( )

## ⑥家族（親・兄弟含む）の方で以下の疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか？

- ・糖尿病：いない ・ いる ⇒ 続柄 ( )
- ・高血圧：いない ・ いる ⇒ 続柄 ( )
- ・突然死：いない ・ いる ⇒ 続柄 ( )
- ・その他：( ) ⇒ 続柄 ( )

## ⑦家族構成についてお伺いします。

- ・同居されている方を記入してください。( )
- ・主に料理を作られている方を記入してください。( )

裏面も記入してください。

⑧食事時間・内容についてお伺いします。

- ・朝食：( )時頃 ⇒ 内容( )
- ・昼食：( )時頃 ⇒ 内容( )
- ・夕食：( )時頃 ⇒ 内容( )

⑨間食の習慣はありますか？

- ・ない
- ・ある ⇒ ( )時頃 内容( )

⑩食事指導の経験はありますか？

- ・ない
- ・ある ⇒ ( )回 どの医療機関で受けられましたか？( )

⑪職業の労働はどの程度ですか？運動の習慣はありますか？

- ・職業：( )
- ・労働の程度：軽労作・・・(主にデスクワークなど)  
中労作・・・(主に立ち仕事が多いなど)  
重労作・・・(肉体労働など)
- ・運動習慣：ない ・ ある ⇒ ( )  
※例えば、ウォーキングを週2～3日で30分程度

⑫出産歴についてお伺いします。(女性の方のみ回答してください。)

- ・4000g以上の巨大児出産経験はありますか？
- ・ない
- ・ある ⇒ ( )回

⑬現在、以下に該当する症状はありますか？当てはまるものに○をしてください。

- ・のどが渇く・尿の回数、量が多い・疲れやすい・体重減少・足のしびれ・視力低下・その他( )
- ・その症状はいつからですか？ ⇒ ( )頃

※以下は看護師が直接お聞きします。

⑭経過

---

---

---

⑮身体情報

- ・身長( )cm ・体重( )kg ・BMI( )  
※BMI= [身長(m)]<sup>2</sup>/ [体重(kg)]
- ・20才時体重( )kg ・MAX体重( )kg ・標準体重( )  
※標準体重= [身長(m)]<sup>2</sup>×22
- ・1日摂取エネルギー量( )kcal