

## 生活習慣病問診票

記入日 年 月 日

ふりがな 氏名	生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日( )歳
住所(〒 - )	電話番号(自宅) (携帯)
現在の家族構成 <input type="checkbox"/> 同居している方( ) <input type="checkbox"/> 一人暮らし	
緊急連絡先(Tel)	連絡先名 続柄( )

当てはまるものすべてにチェックまたは記入をお願いします。

**\* 今回受診された理由を教えてください**

- 健康診断で指摘された 自宅血圧が高くなってきた 他院通院中で当院に転院希望→紹介状(有・無)  
その他( )

**\* 今までに指摘された病気、または現在治療中の病気はありますか？**

ない あり → 下記の病名で当てはまるものすべてにチェック、記入をしてください

<input type="checkbox"/> 高血圧( 歳)	<input type="checkbox"/> 脂質異常症( 歳)	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症( 歳)	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞( 歳)	<input type="checkbox"/> 狭心症( 歳)
<input type="checkbox"/> 脳梗塞( 歳)	<input type="checkbox"/> 脳出血( 歳)	<input type="checkbox"/> 腎臓病( 歳)	<input type="checkbox"/> 肝臓病( 歳)	
<input type="checkbox"/> がん( 歳)(部位: ) (治療内容: ) <input type="checkbox"/> その他( )				
<input type="checkbox"/> 現在通院中の医療機関名( )( 科)				

**\* 血縁者(両親・兄弟姉妹)で以下の病気はありますか？( )に父、姉など記入してください**

<input type="checkbox"/> 糖尿病( )	<input type="checkbox"/> 高血圧( )	<input type="checkbox"/> 脂質異常症( )	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞( )	<input type="checkbox"/> 狭心症( )
<input type="checkbox"/> 脳梗塞( )	<input type="checkbox"/> 脳出血( )	<input type="checkbox"/> 腎臓病( )	<input type="checkbox"/> 肝臓病( )	

**\* 食生活、嗜好品について教えてください**

- ①食事 規則的(1日3食) 不規則(1日\_\_\_\_食) 【外食頻度】\_\_\_\_回/週  
 【調理者】自分 家族( ) 自炊はほとんどしない(宅配食、コンビニ、総菜、外食など)  
 【主食量(白米・パン・麺類)】多い 普通 少ない 【野菜類】多い 普通 少ない  
 【揚げ物類】よく食べる 普通 少ない 【健康食品を利用している】いいえ はい→(内容: )  
 【食べる速さ】20分未満 20分以上 【味付け】濃い 普通 薄味
- ②間食 なし あり → 頻度(毎日・週\_\_\_\_日) 【清涼飲料水(甘い飲み物)】なし あり→( )
- ③飲酒 なし あり → 頻度(毎日・週・月: 回 ) 1回量( )
- ④体重歴 20歳頃の体重: \_\_\_\_\_kg、今までの最大体重: \_\_\_\_\_歳頃に\_\_\_\_\_kg
- ⑤喫煙(加熱式含む) なし あり → (1日\_\_\_\_本) 以前吸っていた 禁煙したい

**\* 今までに栄養相談を受けたことはありますか？** なし あり → いつ頃?(\_\_\_\_カ月前・\_\_\_\_年前)

**\* 食事で気を付けていること** なし あり→( )

**\*運動習慣、仕事について教えてください**

①定期的な運動

運動不足である 週3日以上運動習慣あり（運動内容：\_\_\_\_\_運動時間：\_\_\_\_\_分／日）

②日常生活での活動量

1日7000歩以下 毎日散歩や買い物に出かけられる ほとんど外出しない

③仕事内容

デスクワーク 立ち仕事 肉体労働 よく歩く 仕事で車を運転する 夜勤がある

出張多い(1か月に1回以上) 単身赴任中 ほとんどリモートワーク(在宅勤務) 無職

**\*ご自身の健康管理、記録について**

アプリで自己管理している 血压手帳などで管理している 記録していない

①健康診断や人間ドックについて 毎年受けている 毎年ではないが受けている 検診を受けたことはない

②血压測定について 自己測定している 検診や受診時のみ 測定していない(血压計 有 無)

③体重測定について 自己測定している 検診や受診時のみ 測定していない(体重計 有 無)

④歩数計について 自己測定している 検診や受診時のみ 測定していない(歩数計 有 無)

⑤腹囲測定について 自己測定している 検診や受診時のみ 測定していない

**\*歯科受診について**

定期的に検診している 1年以上歯科受診していない 現在歯科治療中

**\*睡眠について**

睡眠不足 途中で目が覚める 睡眠時無呼吸がある CPAP 使用 日中眠い いびきの指摘あり

**\*アレルギーについて**

なし あり→(薬: \_\_\_\_\_)(食べ物: \_\_\_\_\_)

\*お聞きになりたいことなどありましたらご自由にご記入ください

最後までご記入ありがとうございました。  
療養計画書作成の参考にさせていただきます。  
お手数ですが受付までお渡してください。

高井内科クリニック