



16	20歳の時から現在までに体重の変化はありますか？	はい	いいえ	
17	1日に30分以上の運動習慣がありますか？	はい	いいえ	
18	歩行または同等の身体活動を1日1時間以上行っていますか？	はい	いいえ	
19	同じくらいの年齢の同性と比較して、歩く速度は速い方ですか？	はい	いいえ	
20	1年間で3kg以上体重が変化(増減)しましたか？	増えた	減った	ない
21	人と比較して食べる速度は速い方ですか？	はい	いいえ	
22	就寝前の2時間以内に食事をとることが週に3回以上ありますか？	はい	いいえ	
23	夜食や間食を取ることが週に3回以上ありますか？	はい	いいえ	
24	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか？	はい	いいえ	
25	お酒はどのくらいの頻度で飲みますか？	毎日	時々	ほとんど飲まない
26	お酒はどのくらいの量を飲みますか？ ※ 清酒1合(180ml)の目安      ビール中瓶1本(約500ml) 焼酎35度(80ml) ウイスキーダブル1杯(60ml)	1合未満	1~2合未満	2~3合未満 3合以上
27	睡眠は十分に取れていますか？	はい	いいえ	
28	生活習慣を改善してみようと思いませんか？	1. 改善するつもりはない 2. おおむね6ヶ月以内 3. おおむね1ヶ月以内に改善するつもりである 4. 改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)		
29	生活習慣病の改善に関する保健指導について希望しますか？	はい	いいえ	
30	女性の方のみお答えください。 現在、妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ	

※ 該当する事項の番号を ○ で囲んでください。

- |             |                |                    |
|-------------|----------------|--------------------|
| (1) 食欲不振    | (2) 胃もたれ、膨満感   | (3) 胸やけ            |
| (4) 胃痛      | (5) 下痢と便秘を繰り返す | (6) 黒い便が出る         |
| (7) 便に血が混じる | (8) 咳、痰が良く出る   | (9) 夜、呼吸が苦しくゼイゼイする |
| (10) 頭痛     | (11) 頭重感       | (12) めまい、ふらつき      |
| (13) 耳鳴り    | (14) 痺れ        | (15) 舌がもつれる感じがする   |
| (16) 関節痛、腰痛 | (17) だるい、疲労感   | (18) 口が渇いて、水分を多くとる |