

3 身体活動（生活活動・運動）チェック

下記の質問に記入又は、チェック☑でお答え下さい。
該当しない場合は、近いものでお答え下さい。

Q1 普段の生活の活動形態についてお答えください。

- ① 座っていることが多い ② 立っていることが多い ③ 立ち歩きが多い ④ 力仕事が多い

Q2 あなたの身体活動（生活活動・運動）についてお答えください。

① 毎日、1日に歩いている時間（通勤や生活に必要な室内外での移動のすべてを合計）を下から選んで下さい。（※10分で1000歩～1500歩位）

- 10分 20分 30分 40分 50分 1時間 2時間 3時間 4時間 5時間以上

② ①以外の普段している身体活動（生活活動・運動）についておたずねします。

表1 より種類を選び、表2 の記入例を参考にお答え下さい。

表1 身体活動（生活活動・運動）の種類

表2 あなたの身体活動の記入欄

※メッツ	生活活動	運動
3	①普通歩行（外出） ②部屋の掃除 ③犬の散歩 ④釣り	⑬バレーボール ⑭軽ウェイトトレーニング ⑮ゴルフ ⑯ボウリング
4	⑤速歩 ⑥庭仕事 ⑦自転車	⑲速歩 ⑳ラジオ体操 ㉑卓球 ㉒バトミントン ㉓水中運動
5	⑧かなり速歩 ⑨子供と活発に遊ぶ	㉔かなり速歩 ㉕野球
6	⑩家財道具の運搬 ⑪雪かき ⑫階段昇降	㉖ジョギングと歩行の組み合わせ ㉗ジャズダンス ㉘バスケットボール
7	⑬活発な活動	㉙ジョギング ㉚テニス ㉛水泳 ㉜サッカー
8	⑭運搬（重い負荷） ⑮農作業	㉝ランニング ㉞競技水泳 ㉟登山（手荷物約2kg）

選択番号	頻度	1回に行う時間																		
		生活活動	運動	毎日	回	週	回	月	回	10分	20分	30分	40分	50分	1時間	2時間	3時間	4時間	5時間以上	
記入例	③ 犬の散歩			毎日	1	週	回	月	回											
	⑪ テニス			毎日	回	週	2	月	回											
記入欄				毎日	回	週	回	月	回											
				毎日	回	週	回	月	回											
				毎日	回	週	回	月	回											
				毎日	回	週	回	月	回											
				毎日	回	週	回	月	回											

※メッツとは身体活動の強さを表す単位です。（1メッツは安静座位の状態）

Q3 上記Q2で、運動（オレンジ枠内）をしていない方におたずねします。

運動をしていない理由を教えてください



- ① 運動が嫌いだから ④ 疾病・妊娠・^{しょうがい}障害等により運動制限があるため
 ② 運動する時間がないから ⑤ その他（ ）
 ③ 疲れているから

4 身体状況チェック

以下の当てはまる項目にチェック☑してください。

- | | | | | |
|------|---|--------------------------------------|---|--|
| 自覚症状 | <input type="checkbox"/> ① 疲れやすい | <input type="checkbox"/> ④ 下痢がちである | 体重 | <input type="checkbox"/> ① この1年間で体重が減った |
| | <input type="checkbox"/> ② ストレスがある | <input type="checkbox"/> ⑤ 寝不足である | | <input type="checkbox"/> ② この1年間で体重が増えた |
| | <input type="checkbox"/> ③ 便秘がちである | <input type="checkbox"/> ⑥ 肩こり、頭痛がする | | <input type="checkbox"/> ③ 体重を減らすために食事に気をつけている |
| 機能 | <input type="checkbox"/> ① 身体に ^{しょうがい} 障害がある | | <input type="checkbox"/> ④ 体重を増やすために食事に気をつけている | |
| | | | <input type="checkbox"/> ⑤ 20歳の時の体重から10kg以上増加している | |

疾病のある方は、下記の該当する項目にチェック☑して下さい。遺伝的素因については①～⑥のみです。

現在指摘されている疾病	疾病名	治療中	遺伝的素因	疾病名	治療中
		(記入例) <input type="checkbox"/> ⑤ 高血圧	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> ⑦ 心臓病
	<input type="checkbox"/> ① 肥満症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> ⑧ 肝臓病	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ② 高中性脂肪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> ⑨ 腎臓病	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ③ 低HDL血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> ⑩ 胃腸病	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ④ 高コレステロール血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> ⑪ 貧血	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ⑤ 高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> ⑫ 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ⑥ 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> ⑬ 痛風	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> ⑭ 膵臓病	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> ⑮ その他（ ）	<input type="checkbox"/>

