

# セルフチェック

記入日 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

年齢【必須】 満\_\_\_\_歳

定期的に受診している医療機関の所在地

性別【必須】 1. 男 2. 女

【必須】 \_\_\_\_\_(都道府県) \_\_\_\_\_(市区町村)

糖尿病と診断されたことがありますか？【必須】 1. はい 2. いいえ

糖尿病の方はお答えください。

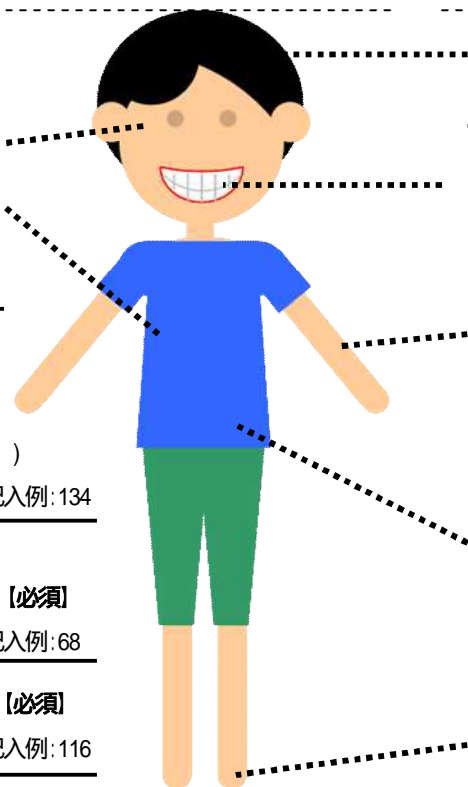
【必須】 1. 1型糖尿病 2. 2型糖尿病  
3. 特別原因糖尿病

糖尿病治療中【必須】 1. はい 2. いいえ

合併症【必須】 1. あり 2. なし

糖尿病合併症【必須】

- 1. 糖尿病網膜症
- 2. 糖尿病性腎症
- 3. 糖尿病性末梢神経障害
- 4. その他( )



身長【必須】 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_cm

(小数点1位まで) 記入例:172,5

歯周病【必須】

- 1. 治療中 2. 未通院

血圧:最高血圧

【必須】 \_\_\_\_\_mmHg 記入例:128

血圧:最低血圧

【必須】 \_\_\_\_\_mmHg 記入例:87

血糖値【空腹時血糖】

【必須】 \_\_\_\_\_mg/dL 記入例:97

ヘモグロビン A1c [HbA1c]

【必須】 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_%(小数点1位まで) 記入例:5,3

体重【必須】 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_kg

(小数点1位まで) 記入例:86

中性脂肪【必須】

(トリグリセライド, TG)

\_\_\_\_\_mg/dL 記入例:134

HDL-コレステロール【必須】

\_\_\_\_\_mg/dL 記入例:68

LDL-コレステロール【必須】

\_\_\_\_\_mg/dL 記入例:116

- 1. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか？ 【必須】 1. はい 2. いいえ
- 2. 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか？ 【必須】 1. はい 2. いいえ
- 3. 軽く汗をかく運動(1回30分以上)を週2日以上実施し且つ1年以上継続されていますか？ 【必須】 1. はい 2. いいえ
- 4. 歩行または歩行と同程度の身体運動を1日1時間以上実施していますか？ 【必須】 1. はい 2. いいえ
- 5. 最近1年間で体重の増減が±3kg以上ありましたか？ 【必須】 1. はい 2. いいえ
- 6. 就寝前の2時間以内に夕食をとることが、週3回以上ありますか？ 【必須】 1. はい 2. いいえ
- 7. 夕食後に間食(夜食)をとることが、週3回以上ありますか？ 【必須】 1. はい 2. いいえ
- 8. 朝食を抜くことが、週3回以上ありますか？ 【必須】 1. はい 2. いいえ
- 9. お酒はほぼ毎日飲みますか？ 【必須】 1. はい 2. いいえ
- 10. 1日でビールなら500ml以上、焼酎35度なら80ml以上、ワインで2杯なら240ml以上飲みますか？ 【必須】 1. はい 2. いいえ

記入内容に誤りや漏れがあると正しい結果が表示されない場合があります。最後にもう一度ご確認ください。