資料8

トレーニング室問診票 1・2

記入日 令和　　年　　月　　日　　No.

ふりがな		年齢	いずれかに○をつけてください
氏　名		才	入間市、所沢市、狭山市、飯能市、日高市 入間市在学・在勤、その他〔　　〕
障害者手帳	無・有　〔身体障害者手帳(　)級　精神障害者手帳(　)級　みどりの手帳(　)級〕		
たばこ	1）吸わない →（以前から・禁煙した）　2）吸う→1日に(　　)本		
施設利用	1）はじめて　2)他のトレーニング室を利用したことあり(施設名　　)		

問1 トレーニング室で運動するにあたって期待することは何ですか。(複数回答可)

1）健康の保持増進(病気の予防を含む)
2）体力・技術の維持向上
3）減量
4）検査値(体脂肪・血圧・コレステロール値・血糖値など)の改善
5）ストレスの解消
6）仲間づくり
7）その他〔　　〕
8）特になし

問2 あなたの体のことについて、あてはまるものに○をしてください。(複数回答可)

	完治	摘出	通院中	内服中
1）心臓の病気(狭心症・心筋梗塞など)				
2）不整脈				
3）高血圧症				
4）脂質異常症(高コレステロール・高中性脂肪)				
5）糖尿病(境界型糖尿病も含む)				
6）脳卒中(脳梗塞・脳出血など)				
7）痛風(高尿酸血症)				
8）肺・気管支の病気(気管支喘息・肺気腫など)				
9）胃腸の病気(胃炎・胃潰瘍など)				
10）肝臓の病気(肝炎・肝硬変など)				
11）腎臓の病気				
12）精神・心の病気				
13）その他〔　　〕				

※ 裏面もご記入ください

問3　現在の自覚症状について、あてはまるものに○をしてください。(複数回答可)

1) 頭痛・頭重感がある	2) 肩や首がこる(四十肩・五十肩を含む)
3) 腰痛がある	4) 膝の痛みがある
5) 耳鳴り・聞こえが悪い	6) 動悸・息切れがする
7) よくのどが渇き水を飲む	8) からだを動かすと胸の奥がしめつけられる
9) 夜中に排尿回数が多い	10) 最近、やせてきた
11) 熟睡感がない	12) その他〔　　〕

問4　現在、または過去の運動歴についてご記入ください。

運動種目	頻　度	期　間
例) ウォーキング	週4回	45才　～　現在

問5　ここ1ヵ月の食事について、あてはまるところに○をしてください。

1) 朝食を食べている	毎日	週3～5回	ほとんど食べない
2) 味の濃い料理や汁物を好んで食べる	いつも	時々	いいえ
3) 揚げ物や炒め物を好んで食べる	いつも	時々	いいえ
4) ついお腹いっぱい食べている	いつも	時々	いいえ
5) 決まった時間に食事をしている	いつも	時々	いいえ
6) 食生活に気を配っている(ﾊﾞﾗﾝｽ・量など)	いつも	時々	いいえ
7) 夜食や間食(おやつ)を食べる	いつも	時々	いいえ
8) 砂糖入りのｺｰﾋｰ、ｼﾞｭｰｽなどを飲む	いつも	時々	いいえ
9) 飲酒について(頻度)	ほぼ毎日	週3～5回	ほとんど飲まない
10)飲酒について(1回あたりの量)	1合未満	2～3合	3合以上

日本酒	ビール	酎ハイ	ワイン	焼酎	ウイスキー
180ml	500ml	500ml	2杯 240ml	100ml	ダブル 60ml

＊この問診票データは、個人情報保護の観点から厳重に管理保管します。統計処理を行う場合は、個人が特定されないようにします。なお、データ分析結果を公開する場合があることに同意をお願いします。　　□　同意する　　□　同意しない