

食生活に関する問診票

フリガナ

お名前 () 歳 (男・女) 記入日: 年 月 日

※該当する番号には○、()内には数字、□内には文字をご記入をお願いします。

病歴・健康状態	
(1) 今まで病気をしたことがありますか？	1. ない 2. ある
「2. ある」と答えられた方	
病名:	() 歳頃
病名:	() 歳頃
(2) 現在、治療中の病気はありますか？	1. ない 2. ある
「2. ある」と答えられた方	
病名:	() 歳頃
内服薬 1. ある 2. なし	
病名:	() 歳頃
内服薬 1. ある 2. なし	

食事状況	
食事の用意	食事の調理をするのは誰ですか ・自分・家族・ヘルパー・その他 ()
	食事の買い物をするのは誰ですか ・自分 (移動方法・徒歩 ・自転車 ・車) ・家族 (移動方法・徒歩 ・自転車 ・車) ・ヘルパー ・買い物代行
	食品をどこで買い物しますか ()
配食サービス	配食サービスを利用していますか ・利用している (週 回) いつ食べますか () ・利用なし
朝食	何時頃に食べますか () 時~ () 時頃 食べない日がありますか 1. ない 2. ある 週に () 理由
	何を食べますか ()
	誰と食べますか ・一人で ・家族と ・その他 ()
昼食	何時頃に食べますか () 時~ () 時頃 食べない日がありますか 1. ない 2. ある 週に () 理由
	何を食べますか ()
	誰と食べますか ・一人で ・家族と ・その他 ()

夕食	何時頃に食べますか () 時 ~ () 時頃	食べない日がありますか 1. ない 2. ある 週に ()	理由
	何を食べますか? ()		
	誰と食べますか? ・一人で ・家族と ・その他 ()		
間食・夜食	1日に何回食べますか () 回	何時ごろ食べますか () 時頃	週に何日食べる日がありますか () 日
	何を食べますか? ()		
	誰と食べますか? ・一人で ・家族と ・その他 ()		
飲み物	1日に何をどのくらい飲みますか?		
食欲	1. 食欲有 2. 食欲無 (理由)		

生活状況について	
睡眠	睡眠時間は () 時 ~ () 時までの、約 () 時間 ・睡眠の状況 1. よく眠れる 2. あまり眠れない ・起床時の疲労感 1. あり 2. 時々あり 3. なし
ストレス	・ストレス 1. 感じない 2. 時々感じる 3. 常に感じる 4. よくわからない ・ストレス解消法 1. 持っている () 2. 持っていない
排便の状況	排便の回数 () 日に () 回 どんな便?

口腔内の状況について	
歯科受診	・有 (有所見) ・なし
義歯	・有 (1. 総入れ歯 2. 部分入れ歯 3. その他 ())
口腔内の状況	
歯みがき	1. 3回以上/日 2. 2回 3. 1回 4. 行っていない
・半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか (1. はい 2. いいえ)	
・お茶や汁物等でむせることがありますか (1. はい 2. いいえ)	

ご協力ありがとうございました。