

運動に関する問診票

年 月 日 氏名

ID

問 1. 最近、毎日 60 分以上、歩いたり動いたりしていますか？ はい いいえ

問 2. 運動習慣（1 回 30 分以上、軽く汗をかく運動、週 2 日以上、1 年以上）は？

ある（ 散歩 筋力トレーニング その他； ） ない

問 3. 問 1、問 2 には当てはまらないが、行っている運動はどんなことがありますか？

（ ）

問 4. 運動はどの時間帯に行っていますか？（複数回答可）

朝食前 朝食後 朝の通勤時 昼食前 昼食後
 夕の通勤時 夕食前 夕食後 その他（ ）

問 5. 歩数計は持っていますか？1 日何歩歩いていますか？

はい（ 歩数計 スマホ、スマートウォッチ）⇒（ 歩） いいえ

問 6. 通勤手段はどれですか？

自家用車 バス・電車 バイク 自転車 徒歩

問 7. 買い物の交通手段はどれですか？

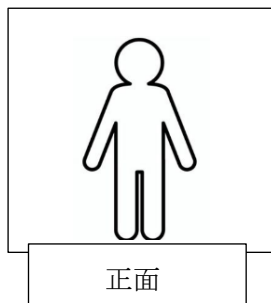
自家用車 バス・電車 バイク 自転車 徒歩

問 8. 30 分以上座りっぱなしのことが多いですか？

はい（⇒どんな時？ デスクワーク テレビ、他； ） いいえ

問 9. 歩くと痛くなる（しびれも含む）ところがありますか？ はい いいえ
⇒（「はい」の方へ）どの部位ですか？（複数回答可）

腰 大腿（太もも） 膝 下腿（ふくらはぎ・すね）
 その他（ ）



痛みを感じる箇所に **×** を記入してみましよう

問 10. 糖尿病の運動療法で普段感じていることはどんなことですか？（複数回答可）

運動する時間がない 運動すると痛くなる場所がある
 運動が嫌い・面倒くさい 体がしんどく、体力に自信がない
 運動による事故やケガが怖い その他（ ）