

Questionário

2018.4 ~

Nãome	
data de nascimento	
data do preenchimento	

※ preencher

Não	Perguntas	opções
1-3	Uso ou não de medicamentos relacionados abaixo(a,b,c)	
1	a. medicamento para baixar a pressão arterial	① Sim ② Não
2	b. medicamento para reduzir a glicose no sangue ou injeção de insulina	① Sim ② Não
3	c. medicamento para reduzir o colesterol ou gordura neutra	① Sim ② Não
4	Já recebeu diagnóstico de apoplexia (hemorragia cerebral, infarto cerebral, etc) ou tratamento?	① Sim ② Não
5	Já recebeu diagnóstico de doença cardíaca (angina, infarto do miocárdio, etc) ou tratamento?	① Sim ② Não
6	Algum médico já lhe disse que você tem insuficiência renal crônica ou você já recebeu algum tratamento para insuficiência renal crônica (diálise, etc.)?	① Sim ② Não
7	Já recebeu diagnóstico de anemia?	① Sim ② Não
8	Tem o hábito de fumar (※ Considera-se "Hábito de fumar" aqueles que fuma mais de 100 cigarros no total ou aqueles que está fumando por mais de 6 meses e que está fumando durante o último mês).	① Sim ② Não
9	Houve um aumento de mais de 10 kgs em comparação de quando tinha 20 anos	① Sim ② Não
10	Pratica exercícios físicos há mais de 1 ano, mais de 2 vezes por semana durante mais de 30 minutos, que façam transpirar levemente?	① Sim ② Não
11	Pratica atividades que movimentem o corpo como caminhadas ou algo equivalente,por mais de 1 hora, diariamente?	① Sim ② Não
12	Anda mais rápido do que uma pessoa do mesmo sexo e de idade aproximada	① Sim ② Não
13	Ao mastigar a comida, o que descreve melhor a sua mastigação?	① Posso mastigar toda a minha comida. ② Tenho algum problema com meus dentes, gengivas ou alinhamento dos dentes, de forma que algumas vezes tenho problemas ao mastigar. ③ Tenho dificuldades em mastigar.
14	Come mais rápido que os outros	① Rápido ② Normal ③ Lento
15	Tem o costume de jantar menos de 2 horas antes de dormir, mais de 3 vezes por semana?	① Sim ② Não
16	Você toma petiscos ou bebidas doces além do café da manhã, almoço e janta?	① Diariamente ② Às vezes ③ Cuase não bebo
17	Tem o dia sem café-da-manhã (mais de 3 vezes por semana).	① Sim ② Não
18	Com que frequência você consome bebidas alcoólicas (sakê, shochu, cerveja, licor, etc.)?	① Diariamente ② Às vezes ③ Cuase não bebo (não consigo beber)
19	Quantidade de álcool ingerida em um dia 1dose de saquê (180ml) equivale a : 1 garrafa média de cerveja (500ml), shochu 25 graus (110ml), 1copo de uísque duplo (60ml) o 2 copos de vinho (240ml)	① Menos de 1 dose ② 1 a 2 doses ③ 2 a 3 doses ④ Mais de 3 doses
20	consegue descansar completamente ao dormir	① Sim ② Não
21	Pretende melhorar os hábitos, como por exemplo os hábitos alimentares e esportes?	① Não pretendo ② Sim, pretendo (aproximadamente dentro de 6 meses) ③ Pretendo melhorar logo e estou começando aos poucos ④ Já comecei (há menos de 6 meses) ⑤ Já comecei (há mais de 6 meses)
22	O(A) sr(sra) participaria de uma orientação de saúde sobre a melhora dos hábitos, se houvesse oportunidade?	① Sim ② Não