📝 心臓の健康チェック＆栄養カウンセリング問診票

【基本情報】
お名前：
年齢：
性別：□男性 □女性 □その他
ご職業：
身長（cm）： 体重（kg）：
血圧（わかれば）： 脈拍数（目安）：

【現在の体調について】
次のような症状はありますか？（複数選択可）
□ 胸の圧迫感・違和感（動悸・息切れ）
□ 少し動いただけで息が上がる
□ 朝起きるのがつらい・体が重い
□ 手足のむくみ
□ 横になると咳が出る、呼吸が苦しい
□ 不整脈を感じる（ドキッとする・抜ける感じ）
□ 頭がぼーっとする、ふらつく
□ 倦怠感・疲れが取れにくい
□ その他（ ）

【生活習慣チェック】
睡眠時間：□ 5時間未満 □6〜7時間 □8時間以上
日常の運動量：□ ほとんどなし □週1〜2回 □週3回以上
（運動内容： ）
ストレス：□ 多い □普通 □少ない
アルコール：□ 飲まない □週1〜2回 □ほぼ毎日（種類・量： ）
喫煙：□ 吸わない □過去に吸っていた □現在も吸っている
（本/日： ）

【食習慣チェック】
食事で意識していることはありますか？（複数選択可）
□ 塩分を控えている（減塩）
□ 脂っこいものを控えている
□ 魚・野菜中心にしている
□ 外食が多い
□ 加工食品・コンビニ食をよく利用する
□ 食事のリズムが乱れている
□ 甘い物や間食が多い
□ 水分摂取が少ない or 多い
□ その他（ ）

【過去の検査・医療歴】
過去に以下を指摘されたことはありますか？
□ 高血圧 □ 高コレステロール（LDL） □ 中性脂肪が高い
□ 動脈硬化 □ 不整脈 □ 狭心症 □ 心筋梗塞 □ 心不全
□ 糖尿病 □ メタボリックシンドローム □ その他（ ）
現在治療中の病気・医師からの指導がある場合：
（例：血圧の管理中・スタチン服用・減塩指導 など）
最近の血液検査・心電図などの結果で気になる点があればご記入ください：
（例：LDLが高かった、BNPが高かった など）

【現在のサプリメント・薬】
現在使用中のサプリ・薬があればご記入ください：
（例：EPA・DHA、ナットウキナーゼ、CoQ10、降圧剤、利尿薬など）

【目標・サポート希望】
今の体調や生活で改善したいことはありますか？
（例：息切れを減らしたい、血圧を安定させたいなど）
ご希望のサポート内容（複数選択可）
□ 食事の見直し・減塩対策
□ 血液データの見方（栄養の視点から）
□ サプリメントの選び方
□ 運動や休養のアドバイス
□ その他（ ）