

糖尿病に関するチェックリスト（患者様用）

このチェックリストは、初診の患者様、通院中の患者様で、歯周病になっている方を対象に行っています。自己申告でご記入をお願いします。

糖尿病と歯周病、咀嚼機能にはお互いに関連があるとされています。歯科治療を行ううえでも、さらに全身の健康状態を維持するためにも、糖尿病のリスクを判定を行い、必要に応じて内科への受診をすすめていただきます。

お名前もしくは診察券番号

質問	点数				
1		年齢は？			
		<input type="checkbox"/> 45歳未満（0点）	<input type="checkbox"/> 45～54歳（2点）	<input type="checkbox"/> 55～64歳（3点）	<input type="checkbox"/> 65歳以上（4点）
2		BMI（BMI＝体重(kg)÷身長(m) ² ）は？ ※不明な方は計算しますので、スタッフに身長と体重を伝えてください			
		<input type="checkbox"/> BMI 25未満（0点）	<input type="checkbox"/> BMI 25～30未満（1点）	<input type="checkbox"/> BMI 30以上（3点）	
3		腹囲（おへその高さで）は？（自己申告でお答えください）			
		男性	<input type="checkbox"/> 94cm未満（0点）	<input type="checkbox"/> 94～102cm（3点）	<input type="checkbox"/> 102cm以上（4点）
		女性	<input type="checkbox"/> 80cm未満（0点）	<input type="checkbox"/> 80～88cm（3点）	<input type="checkbox"/> 88cm以上（4点）
4		1日30分以上の運動習慣はありますか？			
		<input type="checkbox"/> はい（0点）	<input type="checkbox"/> いいえ（2点）		
5		野菜や果物を毎日食べていますか？			
		<input type="checkbox"/> はい（0点）	<input type="checkbox"/> いいえ（1点）		
6		血圧が高いと言われたことがありますか（治療中含む）？			
		<input type="checkbox"/> はい（2点）	<input type="checkbox"/> いいえ（0点）		
7		健診などで血糖値が高いと言われたことがありますか？			
		<input type="checkbox"/> はい（5点）	<input type="checkbox"/> いいえ（0点）		
8		親・兄弟姉妹などに糖尿病の人はいますか？			
		<input type="checkbox"/> いない（0点）	<input type="checkbox"/> 祖父母・叔父叔母・いとこ等にいる（3点）	<input type="checkbox"/> 両親または兄弟姉妹にいる（5点）	

合計

点

※11点以上で糖尿病リスクが高い状態です

ご協力ありがとうございました。

本チェックリストは奈良県糖尿病歯周病医科歯科連携推進事業の中で作成したものです