

3. พฤติกรรมเสี่ยง/สุขภาพ

ท่านมีปัญหา/กิจกรรม

- ตรวจสุขภาพประจำปี ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
 - อ้วนในวัยเด็ก ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
 - โรคเบาหวาน ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
 - ความดันโลหิตสูง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
 - โรคหัวใจและหลอดเลือด ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
 - โรคตับ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ

กรณีมีโรคดังกล่าวท่านรักษา

- ☐ สม่าเสมอตามแพทย์นัด ☐ ไม่แน่นอน
☐ หายแล้ว ☐ อื่น ๆ ระบุ

4. การออกกำลังกาย

- ☐ ออกกำลังกาย ☐ ไม่ได้ออกกำลังกาย

ถ้าออกกำลังกาย

ความถี่

- ☐ ทุกวัน
☐ < 2 ครั้ง/สัปดาห์
☐ ไม่แน่นอน

เวลานาน

- ☐ < 30 นาที/ครั้ง
☐ ≥ 30 นาที/ครั้ง
☐ ไม่แน่นอน

ประเภทการออกกำลังกาย(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ วิ่ง
☐ เดิน
☐ เล่นกีฬา ระบุ

5. การบริโภคอาหาร

แหล่งอาหาร ส่วนใหญ่

- ☐ ทำกินเอง ☐ ซื้อสำเร็จรูป
☐ ทั้งสองอย่าง

ประเภทอาหาร

ไขมัน,เนื้อสัตว์ติดมัน

- ☐ ทุกวัน ☐ นานๆครั้ง (1 ครั้ง / สัปดาห์)
☐ บางวัน (2-3 ครั้ง / สัปดาห์) ☐ อื่นๆ ระบุ

แกงกะทิ

- ☐ ทุกวัน ☐ นานๆครั้ง (1 ครั้ง / สัปดาห์)
☐ บางวัน (2-3 ครั้ง / สัปดาห์) ☐ อื่นๆ ระบุ

รสชาติที่ชอบส่วนใหญ่

- ☐ เค็ม ☐ เผ็ด
☐ หวาน ☐ อื่น ๆ ระบุ

ผัก ผลไม้

- ☐ ทุกวัน ☐ นานๆครั้ง (1 ครั้ง / สัปดาห์)
☐ บางวัน (2-3 ครั้ง / สัปดาห์) ☐ อื่นๆ ระบุ

อาหารมือเช้า

- ☐ กิน ☐ ไม่แน่นอน
☐ ไม่กิน

6. การรับประทานยา

ยาลดไขมัน

- ☐ รับประทานประจำ ☐ เคยรับประทาน ☐ ไม่รับประทาน

ฮอร์โมนทดแทน/วัยทอง

- ☐ รับประทานประจำ ☐ เคยรับประทาน ☐ ไม่รับประทาน

ยาลดความดันโลหิตสูง

- ☐ รับประทานประจำ ☐ เคยรับประทาน ☐ ไม่รับประทาน

ระบุชื่อยา.....