

No.	Perguntas	Opções
1-3	Atualmente, está tomando seguintes medicamentos?	
1	a. Remédio para baixar a pressão	① Sim ② Não
2	b. Injeção de insulina, ou remédio para glicose no sangue	① Sim ② Não
3	c. Remédio para baixar o colesterol ou triglicerídeos	① Sim ② Não
4	Já recebeu tratamento após ter sido diagnosticado com risco de derrame (hemorragia cerebral, acidente vascular etc.)?	① Sim ② Não
5	Já recebeu tratamento após ter sido diagnosticado com risco de doença cardíaca (angina de peito, infarto do miocárdio etc.)?	① Sim ② Não
6	Está recebendo tratamento após ter sido diagnosticado com doença renal crônica ou insuficiência renal (hemodiálise etc.)?	① Sim ② Não
7	Já foi diagnosticado com anemia pelo médico?	① Sim ② Não
8	Atualmente, você é fumante habitual? (Observação: Um "fumante habitual atualmente" é o indivíduo que atende às condições 1 e 2. Condição 1: Fumou nos últimos 30 dias. Condição 2: Fumou por pelo menos 6 meses ou um total de 100 ou mais cigarros em toda a vida)	① Sim (atende às condições 1 e 2) ② Eu fumava, mas não fumei nos últimos 30 dias (atende apenas à condição 2) ③ Não (excluindo ① ou ②)
9	Seu peso aumentou mais de 10 kg em relação ao de quando estava no seus 20 anos?	① Sim ② Não
10	Tem realizado exercícios físicos 2 vezes ou mais por semana, durante 1 ano ou mais, suando levemente em sessões de no mínimo 30 min cada?	① Sim ② Não
11	No seu cotidiano, você chega a caminhar o equivalente a pelo menos 1h por dia, ou atividade equivalente?	① Sim ② Não
12	A velocidade da sua caminhada é rápida se comparada com pessoas de idade próxima a sua e do mesmo sexo?	① Sim ② Não
13	Qual descrição se aproxima mais da sua capacidade de mastigar alimentos:	① Consigo mastigar qualquer alimento. ② Há pontos de desconforto nos dentes, gengiva ou no alinhamento dental, o que causa dificuldade para mastigar às vezes. ③ Muitas dificuldades para mastigar.
14	Qual sua velocidade para comer em comparação com outras pessoas?	① Rápida ② Normal ③ Lenta
15	Tem hábito de jantar 2h antes de dormir, ou menos, 3 vezes durante a semana ou mais?	① Sim ② Não
16	Costuma comer entre as refeições, ou ingerir bebidas doces?	① Diariamente ② Às vezes ③ Muito raramente
17	Costuma pular o café de manhã 3 vezes ou mais por semana?	① Sim ② Não
18	Com que frequência você consome álcool (saquê, shochu, cerveja, destilados, etc.)? (Observação: "Parei" refere-se a indivíduos que costumavam consumir álcool pelo menos 1 vez por mês, mas não consomem álcool há pelo menos 1 ano.)	① Todos os dias ② 5 a 6 dias por semana ③ 3 a 4 dias por semana ④ 1 a 2 dias por semana ⑤ 1 a 3 dias por mês ⑥ Menos de 1 dia por mês ⑦ Parei ⑧ Não bebo (não posso beber)
19	Qual a quantidade consumida em 1 dia em que consome álcool? 1 [go] de Saquê (180 ml, com 15% de teor alcoólico) equivale a aproximadamente: Cerveja (500 ml, com 5% de teor alcoólico), Shochu (aprox. 110 ml, com 25% de teor alcoólico), Vinho (aprox. 2 taças totalizando 240ml, com 14% de teor alcoólico)	① Menos de 1 go ② Menos de 1 a 2 go ③ Menos de 2 a 3 go ④ Menos de 3 a 5 go ⑤ 5 go ou mais
20	Tem conseguido aliviar o cansaço durante o sono?	① Sim ② Não
21	Tem pensando em melhorar o estilo de vida, com atividades físicas ou reeducação alimentar?	① Não penso em melhorar. ② Penso em melhorar (dentro de 6 meses aproximadamente). ③ Penso em melhorar (dentro de 1 mês aproximadamente), e já inicie o processo aos poucos. ④ Já estou em processo de melhora (há menos de 6 meses). ⑤ Já estou em processo de melhora (há mais de 6 meses).
22	Você já recebeu alguma orientação específica relacionada a saúde para melhorar o seu estilo de vida?	① Sim ② Não