

後期高齢者の質問票

質問票の太枠内 をご記入の上、実施機関に提出してください。

氏 名	性別	生 年 月 日	年 齢
	1. 男 2. 女	明・大・昭 年 月 日	歳
住 所		受 診 券 整 理 番 号	

No.	質 問 項 目	回 答
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない
2	毎日の生活に満足していますか	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満
3	1日3食きちんと食べていますか	①は い ②いいえ
4	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか *さきいか、たくあんなど	①は い ②いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	①は い ②いいえ
6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	①は い ②いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	①は い ②いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか	①は い ②いいえ
既往症 右の病気にかかったことがあれば○をつけてください	なし	1. 高血圧 2. 低血圧 3. 不整脈 4. 脂質異常症 5. 高尿酸血症 6. 腎不全以外の腎疾患 7. 糖尿病 8. 肝臓病 9. 胃・十二指腸潰瘍 10. うつ 11. 骨粗しょう症 12. ガン
自覚症状 右に該当するものがあれば○をつけてください	なし	1. 頭痛・耳鳴り 2. めまい 3. いつも調子が悪い 4. 手足のしびれ・まひ 5. 舌のもつれ 6. 息切れ 7. 動悸(脈のみだれ) 8. 胸痛(胸のしめつけ) 9. むくみ 10. 意識を失った
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	①は い ②いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	①は い ②いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	①は い ②いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている ②吸っていない ③やめた
13	週に1回以上は外出していますか	①は い ②いいえ
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	①は い ②いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	①は い ②いいえ

健診医療機関メモ欄