

後期高齢者の健康診査 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。

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		1. 男 2. 女	大・昭 年 月 日	歳
住 所			電 話 番 号	
射水市				

No.	質 問 文	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
	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. 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	
	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