

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 1. 高血圧 2. 低血圧 3. 不整脈 4. 脂質異常症 7. 糖尿病 8. 肝臓病 9. 胃・十二指腸潰瘍 10. うつ | 5. 高尿酸血症 6. 腎不全以外の腎疾患 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 6. 息切れ 7. 動悸(脈のみだれ) 8. 胸痛(胸のしめつけ) | 4. 手足のしびれ・まひ 5. 舌のもつれ 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