

# 後期高齢者の質問票

令和 年 月 日

※質問票をご記入の上、健診受診時に提出してください。

氏名		性別	1. 男性 2. 女性
住所	中新川郡舟橋村	生年月日	年 月 日
被保険者番号		年齢	歳

◆ 質問項目について、当てはまるものを回答欄に○を付けて下さい

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
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回以上は外出をしていますか	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
16	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか	①はい ②いいえ
<既往歴> 1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 脂質異常症 4. 脳卒中 5. 心臓病 6. 腎臓病 7. その他( ) 8. なし		
<自覚症状> 1. 頭痛 2. めまい 3. 耳鳴り 4. 手足のしびれ 5. 手足のまひ 6. 舌のもつれ 7. 息切れ 8. 脈のみだれ 9. 胸のしめつけ 10. むくみ 11. 意識を失った 12. その他( ) 13. なし		