

# 後期高齢者健診問診票

フリガナ 氏名		受診日	
------------	--	-----	--

受診者記入欄(当てはまるものにチェックを入れてください)

質 問 項 目		
A	既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
B	自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない
2	毎日の生活に満足していますか	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや満足 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満
3	1日3食きちんと食べていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	ウォーキング等の運動を1回以上していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	周りから「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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	あなたはタバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸っている
		<input type="checkbox"/> 吸っていない
		<input type="checkbox"/> やめた
13	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ふつう
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ