

## 後期高齢者健康診査 質問票

被保険者番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年度末年齢 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

質問項目(当てはまるものを、○で囲んでください。)

1	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	よい・まあよい・ふつう あまりよくない・よくない
2	毎日の生活に満足していますか。	満足・やや満足・やや不満・不満
3	1日3食きちんと食べていますか。	はい・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)	はい・いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか。	はい・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。	はい・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。	はい・いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか。	はい・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。	はい・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 言われていますか。	はい・いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか。	はい・いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか。	吸っている・吸っていない・やめた
13	週に1回以上は外出していますか。	はい・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。	はい・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。	はい・いいえ
16	これまでに治療したことがある、または治療中の病気はありますか。 高血圧症 糖尿病 脂質異常症 脳血管障害 心臓病 腎臓病 甲状腺の病気 貧血 肝臓病 悪性新生物 うつ 認知症 その他( )	
17	次の症状に該当するものはありますか。 動悸・息切れ 胸をしめつける痛み 脈が乱れる 顔や足がよくむくむ 手足が冷える めまい 頭が痛い 手足のまひ・しびれ のどが渇く 食欲がない 不眠 気持ちが落ち込む その他( )	