

湖西市 後期高齢者健診 質問票

氏 名		健 診 日	令和 年 月 日
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	電 話	

受診前に必ずご記入ください。□の中にレ点をご記入ください。

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。	<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カ月間で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週に1回以上していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<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	あなたはたばこを吸いますか。	<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"/> 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。	<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