

後期高齢者健診質問票

健診日 _____

受診NO _____

氏名 _____

※太枠内をエンピツで記入してください (記入例)

あなたの現在の健康状態はいかがですか	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 <input type="checkbox"/>	
毎日の生活に満足していますか	満足 <input type="checkbox"/>	やや満足 <input type="checkbox"/>	やや不満 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/>
1日3食きちんと食べていますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
お茶や汁物等でむせることがありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
6カ月間で2~3 kg 以上の体重減少がありましたか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
この1年間に転んだことがありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
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	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
今日が何月何日かわからない時がありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
あなたはたばこを吸いますか	吸っている <input type="checkbox"/>	吸っていない <input type="checkbox"/>	やめた <input type="checkbox"/>
週に1回以上は外出していますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	