

早島町 後期高齢者健診質問票

※健診当日に**75歳以上**の方はこちらの問診表を記入してください

以下の太枠内をご記入のうえ、健康診査当日に持参してください。

氏名	ふりがな	性別	男	女	個人コード	受診№
	漢字					健診日
生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	住所	〒 ー 早島町 電話番号( ) 携帯( ) ー
受診券整理番号		保険の種類		保険者番号		被保険者証等 記号・番号
		後期高齢者医療				

No.	質問事項 (※該当する項目の口に☑してください。)	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