

後期高齢質問票

実施日 年 月 日 受診券整理番号 保険者番号
 被保険者証等記号 番号
 フリガナ 生年月日
 氏名 性別 年齢

| | 質問文 | 回答 |
|----|--|--|
| 1 | あなたの現在の健康状態はいかがですか | ① よい ② まあよい ③ ふつう ④ あまりよくない ⑤ よくない |
| 2 | 毎日の生活に満足していますか | ① 満足 ② やや満足 ③ やや不満 ④ 不満 |
| 3 | 1日3食きちんと食べていますか | ① はい ② 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 | ① はい ② いいえ |
| 5 | お茶や汁物等でむせることがありますか | ① はい ② 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 | ① はい ② 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 | ① はい ② いいえ |
| 8 | この1年間に転んだことがありますか | ① はい ② 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 | ① はい ② 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せんか | ① はい ② いいえ |
| 11 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | ① はい ② いいえ |
| 12 | あなたはたばこを吸いますか | ① 吸っている ② 吸っていない ③ やめた |
| 13 | 週に1回以上は外出していますか | ① はい ② 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 | ① はい ② 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 | ① はい ② いいえ |