

後期高齢者の質問票

資料 4 - 2

住所	〒481- 北名古屋市	受診日	令和 3 年 月 日
フリガナ		自宅電話番号	- -
氏名		携帯電話番号	- -
生年月日			

* 下記の質問項目の解答欄に○を付けてください。

	質問項目	回答欄
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されていますか	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回以上は外出をしていますか	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

裏面もご記入ください 

既往歴・自覚症状

なし あり: 下記の選択肢に○を付けてください。

過去にかかったことのある病気

- 1:心臓病 2:脳血管障害(脳卒中)
3:糖尿病 4:高血圧 5:貧血 6:高脂血症 7:腎臓病
8:肝臓病 9:眼の病気(眼底出血・緑内障・白内障)
10:その他()

現在治療中の病気

- 1:心臓病 2:脳血管障害(脳卒中)
3:糖尿病 4:高血圧 5:貧血
6:高脂血症 7:腎臓病 8:肝臓病
9:目の病気(眼底出血・緑内障・白内障)
10:その他()

自覚症状

なし あり: 現在、気になる症状を下記へ具体的にお書きください。