

医療機関提出用

後期高齢者健康診査 質問票

氏名	生年月日	電話番号	記入日

*** 後期高齢者健康診査を受ける時は、質問票を記入し、医療機関にご持参ください**

NO	質問項目	選択肢 (数字で回答欄にお答えください。)	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か月間で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	