

後期高齢者質問票

受診予定日

受診日

受診者ID

受付番号

団体名		コース名	
氏名		生年月日	
住所	〒 -	電話	自宅 - -
			携帯 - -

※上記太枠部分にご記入ください。また、各質問について該当する番号に○印をつけてください。

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	お茶や汁物でむせることがありますか	1 : はい 2 : いいえ
6	6カ月で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
16	既往歴	1 : なし 2 : あり ()
17	自覚症状	1 : なし 2 : あり ()
18	現在治療中の病気	1 : なし 2 : あり ()
19	現在服用中の薬 (上記以外)	1 : なし 2 : あり ()
20	食物アレルギーはありますか	1 : はい 2 : いいえ
21	薬物アレルギーはありますか	1 : はい 2 : いいえ