

# 高齢者健診質問票 1/2

保険者番号	保険者名
39223250	函南町

氏名			
生年月日	年	月	日生
記入日	年	月	日

※該当する番号を回答欄へ記入ください

NO	質問項目	選択肢	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	

## 高齢者健診質問票 2/2

氏 名

保険者番号	保 険 者 名
39223250	函 南 町

※該当する番号を回答欄へ記入ください

NO	質 問 項 目	選 択 肢	回 答 欄
16	現在、aからcの薬の使用の有無		
1	a. 血圧を下げる薬	①はい      ②いいえ	
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい      ②いいえ	
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい      ②いいえ	
17	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい      ②いいえ	
18	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい      ②いいえ	
19	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	①はい      ②いいえ	
20	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい      ②いいえ	
21	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	①毎日          ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)	