

保険者番号	39223250
保険者名	函南町

質 問 票

令和 6 年

氏 名		電話番号	-	-
生年月日	大・昭	年	月	日
	記入日	令和	年	月
			日	

服薬の有無（右の項目で内服しているものに○をつけてください）	高血圧・脂質・血糖・尿酸・なし
既往歴（右の項目で既往があるものに○をつけてください）	脳血管・心疾患・腎臓病・貧血・なし
お酒を飲む頻度（該当するものに○をつけてください）	毎日・時々・ほとんど飲ま(め)ない

No.	質 問 項 目	選 択 肢 (※回答欄に数字を記入)	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ヵ月間で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ましたか。	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	