

後期高齢者医療総合健康診査料助成用 質問票 氏名()

	質問項目	回答
既往歴	今までに以下の病気にかかったことはありますか？ ※結果表に記載がある場合省略可	ある ・ ない 「ある」場合は該当するものに☑
	高血圧症	<input type="checkbox"/>
	貧血	<input type="checkbox"/>
	心臓病	<input type="checkbox"/>
	肝臓病	<input type="checkbox"/>
	脳卒中	<input type="checkbox"/>
	腎臓病	<input type="checkbox"/>
	糖尿病	<input type="checkbox"/>
	結核	<input type="checkbox"/>
	脂質異常症	<input type="checkbox"/>
	がん	<input type="checkbox"/>
	胃・十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>
	その他	具体的に()
	服薬	現在、以下の薬の服用がありますか？ ※結果表に記載がある場合省略可
・血圧を下げる薬を飲んでいる		<input type="checkbox"/>
・コレステロールを下げる薬を飲んでいる		<input type="checkbox"/>
・インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいる		<input type="checkbox"/>
・その他		<input type="checkbox"/>
その他	あなたの現在の健康状態はいかがですか	よい ・ まあよい ・ ぶつう あまりよくない ・ よくない
	毎日の生活に満足していますか	満足 ・ まあ満足 やや不満 ・ 不満
	1日3食きちんと食べていますか	はい ・ いいえ
	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	はい ・ いいえ
	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい ・ いいえ
	6カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい ・ いいえ
	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	はい ・ いいえ
	この1年間に転んだことはありますか	はい ・ いいえ
	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	はい ・ いいえ
	周りのから「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われていますか	はい ・ いいえ
	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい ・ いいえ
	あなたはたばこを吸いますか	吸っている ・ 吸っていない ・ やめた
	週に1回以上は外出していますか	はい ・ いいえ
	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	はい ・ いいえ
	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	はい ・ いいえ