

# 後期高齢者健診 質問票

氏 名

(ご記入下さい)

回答欄の該当する番号を○で囲んでください。

質問項目		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	今日が何月何日か分からない時がありますか。	1 はい	2 いいえ
12	あなたはタバコを吸いますか。	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	1 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