

# 後期高齢者健診 質問票 (人間ドック)

氏名

※回答のいずれかに○をつけてください。

No.	質問項目	回答			かかりつけ 医療機関名
1	血圧を下げる薬を飲んでいますか。	1.はい	2.いいえ		
2	血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	1.はい	2.いいえ		
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。	1.はい	2.いいえ		
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	1.はい (現在治療中・治療終了)	2.いいえ		
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	1.はい (現在治療中・治療終了)	2.いいえ		
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析)を受けていますか。	1.はい (現在治療中・治療終了)	2.いいえ		
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	1.はい	2.いいえ		
8	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	
9	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
10	1日3食きちんと食べていますか。	1.はい	2.いいえ		
11	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		
12	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		
13	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		
14	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		
15	この1年間に転んだことがありますか。	1.はい	2.いいえ		
16	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		
17	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 言われていますか。	1.はい	2.いいえ		
18	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		
19	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	
20	週に1回以上は外出していますか。	1.はい	2.いいえ		
21	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		
22	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		