

後期高齢者の質問票

住 所	
※氏名	

※電話番号	— —
※記入日	年 月 日
※医療機関があなたに 連絡する場合連絡が 可能な時間帯	: ~ :

受診券整理番号

※ 各自で記入ください

No.	質 問 文	回答 (該当する箇所に○をつけてください)
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