

松江市後期高齢者健診 質問票

後期高齢者医療
被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

名前		生年月日	大正・昭和 年 月 日
----	--	------	----------------

次の質問について、回答欄のあてはまる番号を1つ選んで○をしてください。

問	質 問 項 目	回 答
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、たくあん等	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か月間で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