

質問票（後期高齢者医療）

当てはまるところを○で囲んでください。

今までにかかった病気	特になし あり（高血圧症 糖尿病 脂質異常症 脳梗塞 脳出血 心臓病 不整脈 貧血 肝臓病 腎臓病 結核 甲状腺疾患 胃腸病 うつ病 骨粗鬆症 整形外科疾患 その他の病気）
今の病気	特になし あり（高血圧症 糖尿病 脂質異常症 脳梗塞 脳出血 心臓病 不整脈 貧血 肝臓病 腎臓病 結核 甲状腺疾患 胃腸病 うつ病 骨粗鬆症 整形外科疾患 その他の病気）
気になる症状	特になし あり（胸の圧迫感 動悸 息切れ 肩こり 腰痛 膝痛 不眠 手・足のしびれ感 めまい 頭痛 立ちくらみ 耳鳴り 下痢 便秘 腹が張っている 調子が悪い その他の症状）

No.	質問項目	回答(いずれかに○をつけてください)	
1 2 3	現在、aからcの薬や注射を使用していますか	a 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
		b 血糖を下げる薬又はインスリン注射等(糖尿病の薬)	①はい ②いいえ
		c コレステロールや中性脂肪を下げる薬等	①はい ②いいえ
4	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	
5	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	
6	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ	
7	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	
8	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	
9	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	①はい ②いいえ	
10	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	
11	この1年間に転んだことがありますか	①はい ②いいえ	
12	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	
13	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	
14	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	
15	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	
16	週に1回以上は外出していますか	①はい ②いいえ	
17	普段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	
18	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	