

後期高齢者の質問票

氏名	男・女	記入年月日		年	月	日
		後期高齢者医療被保険者番号				
生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日	
質問文			回答			
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか		<input type="checkbox"/> よい	<input type="checkbox"/> まあよい		
			<input type="checkbox"/> ふつう			
			<input type="checkbox"/> あまりよくない	<input type="checkbox"/> よくない		
2	毎日の生活に満足していますか		<input type="checkbox"/> 満足	<input type="checkbox"/> やや満足		
			<input type="checkbox"/> やや不満	<input type="checkbox"/> 不満		
3	1日3食きちんと食べていますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
5	お茶や汁物等でむせることがありますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
8	この1年間に転んだことがありますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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したか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
11	今日が何月何日かわからない時がありますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
12	あなたはたばこを吸いますか		<input type="checkbox"/> 吸っている	<input type="checkbox"/> 吸っていない		
			<input type="checkbox"/> やめた			
13	週に1回以上は外出していますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		

※医療機関記入欄 記入聴取困難（回答未記入項目あり）