

能登町

質 問 票

*各自ご記入してください。

氏 名	
生年月日	
記入日	令和 年 月 日
電話番号	

後期高齢者健診用

No.	質 問 項 目	あてはまるものに○をつけて下さい	
	現在、aからcの薬を使用していますか。		
1	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	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	1 はい	2 いいえ
2	医師から脳卒中（脳出血、脳梗塞等）といわれたり、治療を受けたことがある。	1 はい	2 いいえ
3	医師から心臓病（狭心症、心筋梗塞等）といわれたり、治療を受けたことがある。	1 はい	2 いいえ
4	医師から慢性腎臓病や腎不全といわれたり、治療（人工透析など）を受けている。	1 はい	2 いいえ
5	医師から貧血といわれたことがある。	1 はい	2 いいえ
6	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	1 よい 3 ふつう 5 よくない	2 まあよい 4 あまりよくない
7	毎日の生活に満足していますか。	1 満足 3 やや不満	2 やや満足 4 不満
8	1日3食きちんと食べていますか。	1 はい	2 いいえ
9	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、たくわんなど）	1 はい	2 いいえ
10	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
11	6ヵ月間で2～3Kg以上の体重減少がありましたか。	1 はい	2 いいえ
12	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
13	この1年間に転んだことがありますか。	1 はい	2 いいえ
14	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
15	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されていますか。	1 はい	2 いいえ
16	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
17	あなたは、たばこを吸いますか。	1 吸っている 3 やめた	2 吸わない
18	週に1回以上は、外出していますか。	1 はい	2 いいえ
19	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
20	体調が悪い時に、身近に相談できる人がいますか。	1 はい	2 いいえ