

問診票

(後期高齢者健康診査・健康増進法に基づく健康診査(75歳以上))

フリガナ		生年月日	(M・T・S)	年齢	性別	男・女
氏名						
受診年月日	年 月 日	電話番号	()	—		

【問診】各設問において、該当する□にレ印をつけてください。また、内には数字を記入してください。

※現在、該当疾患において医療機関にかかっておらず、既往歴もない場合は「現病歴なし」にレ印をつけてください。
※「経過観察」とは、医療機関で定期的な検査や診察は行っているが、服薬や注射などの治療を受けていない状態をいいます。

該当する疾患にて通院(経過観察含む)していますか？ 該当するものがあれば□にレ印をつけてください。		通院している (服薬・治療中)	通院している (経過観察中)	既往歴あり (5年以内)	該当疾患の 現病歴なし
(1)	特になし(※下記(2)～(11)に該当しない場合)	***	***	***	☐
(2)	高血圧症	☐	☐	☐	***
(3)	糖尿病	☐	☐	☐	***
(4)	脂質異常症(高コレステロール血症、動脈硬化など)	☐	☐	☐	***
(5)	脳血管疾患(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血など)	☐	☐	☐	***
(6)	心疾患(狭心症、心筋梗塞、不整脈、弁膜症など)	☐	☐	☐	***
(7)	慢性腎臓病・腎不全	☐	☐	☐	***
(8)	貧血症	☐	☐	☐	***
(9)	高尿酸血症・痛風	☐	☐	***	***
(10)	肝臓・胆嚢疾患(肝炎、胆石、脂肪肝など)	☐	☐	☐	***
(11)	う歯(虫歯)・歯周疾患	☐	☐	***	***

2 最近6か月以内の間に、次の症状がありましたか？(該当しない場合はチェック不要)			
☐ 胸部不快感	☐ 動悸・不整脈	☐ 頭痛・めまい	☐ 呼吸困難感

3 喫煙についてお答えください。	
(1) 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	☐ 吸ったことがない(吸っていない) ☐ 以前吸っていた(やめた) ☐ 現在、習慣的に吸っている
(2) 喫煙した年数はどの程度ですか。 (現在吸っている、又は以前に吸っていた方)	年
(3) 1日何本吸っていますか。 (現在吸っている、又は以前に吸っていた方)	本/日

4 飲酒についてお答えください。	
(1) あなたは、お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲みますか。	☐ ほぼ毎日飲む(4日/週以上) ☐ 時々飲む ☐ ほとんど飲まない(飲めない)
(2) 1日にどれくらいの量を飲みますか。 (1合、1本、1杯未満は、「0」を記入してください。) ※合・本・杯数を記入する□内は1桁とし、2桁以上の場合は「9」を記入してください。	・日本酒 合/日 ・ビール500ml缶 本/日 ・水割り 杯/日 ・焼酎割り 合/日

後期高齢者用「ウラ面も記入してください」

5	睡眠で休養が十分とれていますか。	☐ はい	☐ いいえ									
6	デンタルフロス(糸ようじ)や歯間ブラシを使って歯と歯の隙間もきれいにしていますか。	☐ はい	☐ いいえ									
7	定期的(年に1回以上)に歯の検診や予防のために歯科医院を受診していますか。	☐ はい	☐ いいえ									
8	日頃の血圧自己測定についてお答えください。											
	☐ ほぼ毎日測定	} 最大血圧 最小血圧	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> mmHg mmHg									
	☐ 週に1回以上測定											
	☐ 月に1回以上測定											
	☐ 上記以外～測定しない											

後 期 高 齢 者 の 質 問 票

以下の質問について、あてはまるものに○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	週に1回以上は、外出していますか。				① はい	② いいえ
13	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
14	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