

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		年 月 日	年 月 日	歳		
受診年月日	年 月 日	電話番号	()	-		

【問診】各設問において、該当する口にし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」にし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口にし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)	***	***	***	<input type="checkbox"/>
(2) 高血圧症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(3) 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(4) 脂質異常症(高コレステロール血症、動脈硬化など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(5) 脳血管疾患(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(6) 心疾患(狭心症、心筋梗塞、不整脈、弁膜症など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(7) 慢性腎臓病・腎不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(8) 貧血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(9) 高尿酸血症・痛風	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***	***
(10) 肝臓・胆嚢疾患(肝炎、胆石、脂肪肝など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***
(11) う歯(虫歯)・歯周疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	***	***

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)

<input type="checkbox"/> 胸部不快感	<input type="checkbox"/> 動悸・不整脈	<input type="checkbox"/> 頭痛・めまい	<input type="checkbox"/> 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。 (※「現在、たばこを習慣的に吸っている」とは、条件1と2を両方満たすことを指します。 条件1: 最近1か月間吸っている 条件2: 生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	<input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ(上記回答以外)
---	--

4 飲酒についてお答えください。

(1) お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 (※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的にお酒を飲んでいただけのうち、最近1年以上酒類を摂取していないことを指します。)	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上

【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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ								
8	日頃の血圧自己測定についてお答えください。										
	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日測定	} 最大血圧 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> mmHg					} 最小血圧 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> mmHg				
	<input type="checkbox"/> 週に1回以上測定										
	<input type="checkbox"/> 月に1回以上測定										
	<input type="checkbox"/> 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されていますか。				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