

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 |