

# 後 期 高 齢 者 の 質 問 票

保険者番号	保険者名	市町村（区）

受診券整理番号	
被保険者証番号	
氏 名	
生年月日	
記入日	

※ 各自ご記入下さい

NO	質問項目	選択肢	回答欄
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カ月間で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	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている ②吸っていない ③やめた	
13	週に1回以上は外出していますか	①はい      ②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	①はい      ②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	①はい      ②いいえ	

健診機関番号	健診実施年月日	実施形態
		1：個別健診 2：集団健診

※ 健診等機関にてご記入下さい