

受診日 年 月 日

後期高齢者の質問票

氏名	(ふりがな)	生年月日	大正	昭和	年齢	性別
			年	月		

○にて回答ください

	質問文	回答
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(※1)が食べにくくなりましたか (※1) さきいか、たくあん 等	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ヶ月間で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「いつも同じ事を聞く」などの、もの忘れがあると 言われていますか	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	あなたはタバコを吸いますか	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