人間ドック受診者 質問票 ※７５歳以上

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢：

生年月日：　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　電話：

|  |  |
| --- | --- |
| **質 問 項 目**（いずれかに☑） | |
| 1 | あなたの健康状態はいかがですか。 |
| □よい　　□まあよい　　□ふつう　　□あまりよくない　　□よくない |
| 2 | 毎日の生活に満足していますか。 |
| □満足　　　□やや満足　　　□やや不満　　　□不満 |
| 3 | １日３食きちんと食べていますか。 |
| □はい　　　□いいえ |
| 4 | 半年前に比べて固いもの（さきいか、たくあんなど）が食べにくくなりましたか。 |
| □はい　　　□いいえ |
| 5 | お茶や汁物等でむせることがありますか。 |
| □はい　　　□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。 |
| □はい　　　□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。 |
| □はい　　　□いいえ |
| 8 | この１年間に転んだことがありますか。 |
| □はい　　　□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。 |
| □はい　　　□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ますか。 |
| □はい　　　□いいえ |
| 11 | 今日が何月何日かわからない時がありますか。 |
| □はい　　　□いいえ |
| 12 | たばこを吸いますか。 |
| □吸っている　　　□吸っていない　　　□やめた |

→ 裏面もご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| 13 | 週に１回以上は外出していますか。 |
| □はい　　　□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。 |
| □はい　　　□いいえ |
| 15 | 体調が悪いときに、身近に相談（電話などでも）できる人がいますか。 |
| □はい　　　□いいえ |
| 16 | 血圧を下げる薬を飲んでいますか。（高血圧） |
| □はい　　　□いいえ |
| 17 | 血糖を下げる薬又はインスリン等の注射を使用していますか。（糖尿病） |
| □はい　　　□いいえ |
| 18 | コレステロール又は中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。（脂質異常症） |
| □はい　　　□いいえ |
| 19 | 医師から脳卒中（脳出血、脳梗塞等）と言われたり、治療を受けたことが ありますか。 |
| □はい　　　□いいえ |
| 20 | 医師から心臓病（狭心症、心筋梗塞等）と言われたり、治療を受けたことが ありますか。 |
| □はい　　　□いいえ |
| 21 | 医師から慢性腎臓病や腎不全と言われたり、治療（透析等）を受けたことが ありますか。 |
| □はい　　　□いいえ |
| 22 | ドックで指導を受けた内容があれば、項目に☑、または自由にご記入ください。 |
| □食事　　　　　　□運動　　　　　　□禁煙　　　　　　□禁酒（減酒）  □体重測定・記録　　　 □血圧測定・記録　　　 □内服　　　 □その他 |

ご協力ありがとうございました