

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。 <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない
2	あなたの健康状態はいかがですか。 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや満足 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満
3	1日3食きちんと食べていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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ますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	たばこを吸いますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

→ 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	血圧を下げる薬を飲んでいますか。（高血圧） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
22	<p>ドックで指導を受けた内容があれば、項目に<input checked="" type="checkbox"/>、または自由にご記入ください。</p> <p> <input type="checkbox"/>食事                      <input type="checkbox"/>運動                      <input type="checkbox"/>禁煙                      <input type="checkbox"/>禁酒（減酒）  <input type="checkbox"/>体重測定・記録              <input type="checkbox"/>血圧測定・記録              <input type="checkbox"/>内服                      <input type="checkbox"/>その他 </p>

ご協力ありがとうございました