

健康診査質問票

※健康診査受診券と一緒に健診機関に提出してください。

被保険者番号		氏 名			
	(受診券裏面の右上の番号)	生年月日	明・大・昭	年	月 日
実施者名	山口県後期高齢者医療広域連合	記入日	令和	年	月 日

回答欄のあてはまる答えを、「○」で囲んでください。

	質 問 項 目	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以上の体重減少はありましたか	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	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

※以下は健診実施機関でご記入ください

※医療機関名		※医療機関 コード	
※受診券整理番号			