

質問票

記入日	被保険者番号
令和〇年〇〇月〇〇日	
受診予定日	医療機関名
令和〇年〇〇月〇〇日	〇〇〇〇〇〇〇

※検査が2日にわたる場合、両日記入

住所	香取市佐原口2127
氏名	香取 太郎
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日

No.	質問項目	選択肢
1~3	現在、使用されているお薬についてお答えください。	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けていますか。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ
8	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
9	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
10	1日3食きちんと食べていますか。	①はい ②いいえ
11	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
12	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
13	6カ月間で2~3キロ以上の体重減少がありましたか。	①はい ②いいえ
14	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
15	この1年間で転んだことがありますか。	①はい ②いいえ
16	ウォーキング（お散歩）等の運動を週に1回以上していますか。	①はい ②いいえ
17	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
18	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
19	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
20	週に1回以上は外出していますか。	①はい ②いいえ
21	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
22	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

あてはまる選択肢を「○」で囲んでください。