

質問票

記入日	被保険者番号	医療機関コード	住所	
			氏名	
検査予定日	医療機関名		生年月日	

No.	質問項目	選択肢	回答欄
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言われていませんか。	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	