

後 期 高 齢 者 の 質 問 票

氏名			
生年月日		年 月 日	
		記入日	
		年 月 日	
N0	質問文		回答
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	お茶や汁物等でむせることがありますか		①はい ②いいえ
6	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか		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 があると言われていませんか		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

質問票の内容について、受診者の健康管理を目的として、川島町が厳重な管理のもと保管し、保健指導等に利用することに同意します。

氏名 _____