東金市 個別健診問診票（後期高齢者医療制度被保険者）

住　所			
氏　名			
生年月日	大正 昭和　　年　　月　　日	性別	1　男 2　女
電話番号		年齢	歳

※該当する項目番号に〇をつけてください。

1）現在、血圧を下げる薬を使用

1	はい	2	いいえ

2）現在、血糖を下げる薬やインスリン注射を使用

1	はい	2	いいえ

3）現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用

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

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

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（人工透析など）を受けた

1	はい	2	いいえ

7）医師から貧血といわれた

1	はい	2	いいえ

8）現在、タバコを<u>習慣的に吸っている</u>

条件1　最近1月間吸っている

条件2　生涯で6月以上、又は合計100本以上吸っている

1	はい	2	以前は吸っていたが、最近1月は吸っていない
3	いいえ		

9）お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度

1	毎日	2	週5～6日	3	週3～4日
4	週1～2日	5	月に1～2日	6	月に1日未満
7	やめた	8	飲まない（飲めない）		

10）飲酒日の1日当たりの飲酒量

日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安

ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)

1	1合未満	2	1～2合	3	2～3合
		4	3～5合	5	5合以上

11）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

12）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

13）1日3食きちんと食べていますか

1	はい	2	いいえ

14）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

15）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

16）6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか

1	はい	2	いいえ

17）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

18）この1年間に転んだことがありますか

1	はい	2	いいえ

19）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

20）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すか

1	はい	2	いいえ

21）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

22）週に1回以上は外出していますか

1	はい	2	いいえ

23）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

24）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

25）最近3か月以内に気になる症状がありますか？（複数回答可）

0　症状なし

1　症状あり

2	頭痛	3	耳鳴り	4	めまい	5	腹痛
6	むくみ	7	肩こり	8	手足のしびれ		
9	食欲不振	10	腰痛	11	舌のもつれ	12	脈の乱れ
13	のどが渇く	14	動悸・息切れがする			15	胸が痛む
16	尿の回数が増えた	17	夜トイレに2回以上行く				
18	失神発作がある	19	せき・たんがよくでる				
20	全身の疲労感が強い	21	よく眠れない				
22	その他（　　）						

26）現在治療中、または過去にかかった病気がありますか？（複数回答可）

0　ない

1　ある

2	高血圧症	3	糖尿病	4	脳卒中	5	高脂血症
6	狭心症・心筋梗塞	7	その他心臓病（　　）				
8	血液疾患(血友病,血小板減少等)	9	腎不全(人工透析含)				
10	その他腎疾患（　　）	11	甲状腺疾患				
12	貧血症	13	肝疾患	14	痛風	15	結核
16	眼疾患(白内障,緑内障含)	17	呼吸器疾患				
18	すい疾患(すい炎等)	19	尿路結石	20	胆石		
21	その他胆嚢疾患（　　）	22	胃腸疾患				
23	耳疾患	24	悪性腫瘍（　　）				
25	その他（　　）						

27)最近の状況を教えてください

身長　＿＿＿＿＿＿ cm

体重　＿＿＿＿＿＿ kg

血圧　＿＿＿＿＿＿ ～ ＿＿＿＿＿＿ mmHg