

令和5年度 東金市 後期高齢者健診問診票

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○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、タバコを習慣的に吸う (注1)	1	はい	2	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	時々
	3	飲まない		
10) 飲酒日の1日当たりの飲酒量 (注2)	1	1合未満	2	1~2合
	3	2~3合	4	3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されていますか	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(あてはまる番号を「該当番号」欄に記入)					
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	舌のむつれ	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()
該当番号()					
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(あてはまる番号を「該当番号」欄に記入)					
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()
現在治療中の該当番号()					
過去の疾患の該当番号()					

注1 加熱式たばこや電子たばこを含め、禁煙1カ月未満の方は、「1. はい」に○をつけてください。

注2 日本酒1合(180ml)の目安
ビール(500ml)、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)

【結果提供者同意欄】

※結果提供者のみご記入ください。

実施医療機関 あて

私が治療等のため貴機関において受診した検査結果について、東金市に報告し、市において健康診査結果として取り扱うことに同意します。

署名