

# 健康診査質問票

※健康診査受診券と一緒に健診機関に提出してください。

|        |                |      |       |   |     |
|--------|----------------|------|-------|---|-----|
| 被保険者番号 |                | 氏 名  |       |   |     |
|        | (受診券裏面の右上の番号)  |      |       |   |     |
| 実施者名   | 山口県後期高齢者医療広域連合 | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 日 |
|        |                | 記入日  | 令和    | 年 | 月 日 |

回答欄のあてはまる答えを、「○」で囲んでください。

|    | 質 問 項 目                                     | 回答欄                                       |
|----|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 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<br>③ふつう    ④あまりよくない<br>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<br>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<br>※さきいか、たくあん など | ①はい    ②いいえ                               |
| 5  | お茶や汁物でむせることがありますか                           | ①はい    ②いいえ                               |
| 6  | 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか                    | 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されていますか         | 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<br>②吸っていない<br>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                               |

※以下は健診実施機関でご記入ください

|          |  |          |  |
|----------|--|----------|--|
| ※医療機関名   |  | ※医療機関コード |  |
| ※受診券整理番号 |  |          |  |