

後期高齢者質問票

記入年月日 令和 年 月 日

氏名		後期高齢者医療 被保険者番号
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	

あてはまるものに○をつけてください。

1	あなたの現在の健康状態 はいかかですか	① よい	② まあ よい	③ ふう	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ヵ月間で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	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