

高齢者 おたずね票

 人間ドック

後期番号

* 下記、太枠内の当てはまる部分に☑してください。

 医療機関結果

個人番号

* 2週間前くらいから最近の状況で記入してください。

 他 ()

記入年月日 令和

氏名	様	生年月日 S . .	年齢	歳	電話番号
1	健康状態	あなたの現在の健康状態はいかがですか			<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない
2	心の健康状態	毎日の生活に満足していますか			<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや満足 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満
3	食習慣	1日3食きちんと食べていますか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	口腔機能	半年前に比べて固いもの*が食べにくくなりましたか <small>*さきいか、たくあんなど</small>			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5		お茶や汁物等でむせることがありますか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	体重変化	6カ月間で2～3Kg以上の体重減少がありましたか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	運動転倒	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8		この1年間に転んだことがありますか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	認知機能	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			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11		今日が何月何日かわからない時がありますか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	喫煙	あなたはタバコを吸いますか			<input type="checkbox"/> 吸っている <input type="checkbox"/> 吸っていない <input type="checkbox"/> やめた
13	社会参加	週に1回以上は外出していますか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
15	ソーシャルサポート	体調が悪いときに、身近に相談（電話などでも）できる人がいますか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	服薬歴	血圧を下げる薬を飲んでいますか（高血圧）			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17	(現在、飲んでいる・使用している薬の有無)	血糖を下げる薬又はインスリン等の注射を使用していますか（糖尿病）			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18		コレステロール又は中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか（脂質異常症）			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
19	既往歴 (医師から)	脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっている、治療を受けた事がある			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
20		心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっている、治療を受けた事がある			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21		慢性腎臓病や腎不全にかかっている、治療（人工透析）を受けた事がある			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
22		貧血と言われたことがありますか（脳貧血を除く）			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
23	睡眠	睡眠で休養が十分とれていると思いますか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
自覚症状 <u>例えば</u> ：頭痛 めまい 手足のしびれ 胸痛 肩こり 腰痛 関節痛 口渇 むくみ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし * 症状あれば○又は記入する その他 ()					

担当者記入欄 【特記記入】	* 問診状況により各担当者へ引き継ぐ（コピー等）	問診担当者	データ入力☐