

## ○ 健康診査に伴う日常生活に関する質問票 兼 健診結果提供についての同意書

該当する番号に○印を付けてください。

服薬について	血圧を下げる薬を服用していますか。 (高血圧症の治療に係る薬剤を服用していますか。)	1. はい	2. いいえ	
	インスリン注射又は血糖値を下げる薬を服用していますか。 (糖尿病の治療に係る薬剤を服用していますか。)	1. はい	2. いいえ	
	コレステロールを下げる薬を服用していますか。 (脂質異常症の治療に係る薬剤を服用していますか。)	1. はい	2. いいえ	
診察・既往歴等について	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、治療を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ	
	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、治療を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ	
	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)を受けたことがありますか。	1. はい	2. いいえ	
	医師から、貧血といわれたことがありますか。	1. はい	2. いいえ	
後期高齢者健康診査質問項目	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
	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
	1日3食きちんと食べていますか	1. はい	2. いいえ	
	半年前に比べて固いもの(さきいか、たくわんなど)が食べにくくなりましたか	1. はい	2. いいえ	
	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か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	2. いいえ	
	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	
	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	2. いいえ	
	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	
	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	
	今日が何月何日かわからないときがありますか	1. はい	2. いいえ	
	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		
	週に1回以上は外出しますか	1. はい	2. いいえ	
	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	
	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	

令和 年 月 日記入

人間ドックの結果及び質問票について、健康診査の結果として使用することに同意します。

氏名

受付印