

## 後期高齢者の質問票

受診者名 \_\_\_\_\_

No.	質問項目	選択肢（○をつけてください）
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 ③ふつう 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（さきいか・たくあんなど）が食べにくくなりましたか。	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
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年間で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言われていませんか。	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