

後期高齢者の質問票

受診者名 **市川 太郎**

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。	<input checked="" type="radio"/> ①よい <input type="radio"/> ②まあよい <input type="radio"/> ③ふつう <input type="radio"/> ④あまりよくない <input type="radio"/> ⑤よくない
2	毎日の生活に満足していますか。	<input type="radio"/> ①満足 <input checked="" type="radio"/> ②やや満足 <input type="radio"/> ③やや不満 <input type="radio"/> ④不満
3	1日3食きちんと食べていますか。	<input checked="" type="radio"/> ①はい <input type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> ①はい <input type="radio"/> ②いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか。	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> ①はい <input type="radio"/> ②いいえ
8	この1年間で転んだことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> ①はい <input type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> ①はい <input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> ①はい <input checked="" type="radio"/> ②いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか。	<input type="radio"/> ①吸っている <input type="radio"/> ②吸っていない <input checked="" type="radio"/> ③やめた
13	週に1回以上は外出していますか。	<input checked="" type="radio"/> ①はい <input type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> ①はい <input type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> ①はい <input type="radio"/> ②いいえ