

# 後期高齢者人間ドック検診問診票

番号

※この人間ドック検診は埼玉県後期高齢者医療広域連合が保険者として実施する定期の健康診査を兼ねています。

被保険者番号		健康診査受診券番号	
フリガナ		男・女	住所
氏名			
生年月日	明・大・昭 年 月 日生( 歳)	電話番号	( )

☆ これまでにかかった病気を教えてください。	1. あり(病名 年 月頃) 2. なし
☆ 現在治療中の病気を教えてください。	1. あり(病名 年 月頃から) 2. なし
☆ 自覚症状はありますか。	1. あり( ) 2. なし
☆ アレルギー体質はありますか。	1. あり( ) 2. なし
☆ あなたの家族で、次の病気にかかったり、その病院で亡くなった方がいますか。(家族歴)	
心臓病(続柄 ) 脳卒中(続柄 ) が ん(続柄 )	
糖尿病(続柄 ) 高血圧(続柄 ) その他(病名 続柄 )	

1 3	現在a～cの薬を服用していますか	a. 血圧を下げる薬	1. はい 2. いいえ
		b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	1. はい 2. いいえ
		c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	1. はい 2. いいえ
4	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	
5	毎日の生活に満足していますか	1. 満足 2. まあ満足 3. やや不満 4. 不満	
6	1日3食きちんと食べていますか	1. はい 2. いいえ	
7	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	
8	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	
9	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	
10	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	
11	この1年間に転んだことがありますか	1. はい 2. いいえ	
12	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	
13	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	
14	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	
15	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	
16	週に1回以上は外出していますか	1. はい 2. いいえ	
17	普段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	
18	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	

※健康診査と人間ドック検診のどちらか一方しか受診できませんのでご注意ください。