

大磯町後期高齢者人間ドック助成事業 質問票

1. 人間ドックの受診結果票に下記の事項は含まれていますか。

	項 目	該当するものに☑	
1	既往歴	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「いいえ」の場合は、 下記及び裏面の事項を記入して ください。
2	自覚症状	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3	問診	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

2. 既往歴（該当する項目番号全てに○）

○印	疾 病
1	特になし
2	肥満（BMI 25.0 以上）
3	高血圧
4	貧血
5	肝疾患
6	糖尿病（境界型を含む）
7	虚血性心疾患
8	その他の心疾患
9	腎疾患
10	高脂血症（脂質異常症）
11	呼吸器疾患
12	高尿酸血症
13	甲状腺疾患
14	脳血管疾患
15	消化器疾患
16	アルコール性肝疾患
17	その他の疾患（ ）

3. 自覚症状（該当する項目番号全てに○）

○印	所 見
1	特になし
2	動悸・息切れ
3	胸痛・胸部不快
4	頭痛・肩こり
5	一過性の意識喪失
6	めまい・耳鳴り
7	手足のしびれ・舌のもつれ
8	手足の不自由感
9	全体倦怠感
10	口渇多飲
11	体重減少
12	むくみ
13	喀痰・咳嗽
14	その他（ ）

（裏に続きます）

4. 問診（該当するものに☑をしてください）

	質問項目	回答
1	血圧を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	血糖を下げる薬の服用又はインスリン注射をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	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
5	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
6	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
7	半年前に比べて固いもの（さきいか、たくあん等）が食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	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
9	6か月間で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
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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	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
12	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
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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	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
15	あなたはたばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸っている <input type="checkbox"/> 吸っていない <input type="checkbox"/> やめた
16	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
17	ふだんから家族や友人との付き合いがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	体調が悪い時に身近に相談できる人がいますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ