

白井市人間ドック質問票（後期高齢者医療制度）

氏名 _____

既往歴	下記の病気について、医師の治療を受けたものはありますか。（該当するものを○で囲んでください）			
	高血圧	無・有 【治療中・治療済・放置】	脳血管障害	無・有 【治療中・治療済・放置】
	脂質異常症	無・有 【治療中・治療済・放置】	貧血	無・有 【治療中・治療済・放置】
	糖尿病	無・有 【治療中・治療済・放置】	肝機能障害	無・有 【治療中・治療済・放置】
	痛風・高尿酸血症	無・有 【治療中・治療済・放置】	腎臓病	無・有 【治療中・治療済・放置】
	心筋梗塞・狭心症	無・有 【治療中・治療済・放置】	腰痛症	無・有 【治療中・治療済・放置】
	不整脈	無・有 【治療中・治療済・放置】		
	その他	無・有 【治療中・治療済・放置】（病名： _____）		
家族歴	血縁（親・兄弟姉妹）で下記の病気にかかった方がいますか。（該当する項目に✓してください）			
	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症（高脂血症） <input type="checkbox"/> 脳出血・脳梗塞・くも膜下出血			
	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 痛風・高尿酸血症			
自覚症状	最近3か月間の様子をお答えください。（該当する項目に✓してください）			
	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 息苦しくなる【いつも・時々】 <input type="checkbox"/> 顔、手足のむくみ【いつも・時々】 <input type="checkbox"/> 手足のしびれ【いつも・時々】			
	<input type="checkbox"/> 胸がしめつけられる【いつも・時々】 <input type="checkbox"/> のどがひどく渇く【いつも・時々】 <input type="checkbox"/> けんたい感、疲労感【いつも・時々】			
	<input type="checkbox"/> どうき、息切れ【いつも・時々】 <input type="checkbox"/> めまい、立ちくらみ【いつも・時々】 <input type="checkbox"/> 尿の回数、量が多い【いつも・時々】			
質問項目 （該当するものを✓または○で選んでください）				
1	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		
2	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		
3	1日3食きちんと食べていますか。	はい・いいえ		
4	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）	はい・いいえ		
5	お茶や汁物等でむせることがありますか。	はい・いいえ		
6	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	はい・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。	はい・いいえ		
8	この1年間で転んだことがありますか。	はい・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。	はい・いいえ		
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」など物忘れがあるとされていますか。	はい・いいえ		
11	今日が何月何日かわからない時がありますか。	はい・いいえ		
12	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		
13	週に1回以上は外出していますか。	はい・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。	はい・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。	はい・いいえ		