後 期 高 齢 問 診 票

様式 1

受診日		生年月日	
氏名	様	年齢/性別	/
		連絡先	(　　)-(　　)-(　　)

以下の質問にお答えください。(当てはまるものに、○を付けてください)

最後にお食事をされたのはいつですか。	前日 ・ 本日 / 午前 ・ 午後　　時　　分頃

現在治療中の病気はありますか。　なし ・ あり 病名 (　　) (　　)	過去に大きな病気やケガなどで入院したり、 治療を受けたことがありますか。 なし ・ あり　(　　) (　　)

現在、何か自覚症状はありますか。

なし ・ あり　(　　)
(　　)

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	半年前に比べ硬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
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ヶ月間で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年間に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すか。	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

2023.2.