

【後期高齢者医療質問票】

被保険者 番号		氏名		生年月日	
------------	--	----	--	------	--

No.	質問項目	回答(当てはまるものに○)
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。	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
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 物忘れがあるとされていますか。	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	体調が悪い時に、身近に相談できる人がいますか。	①はい ②いいえ