

長寿健診の問診票

健診日（令和 年 月 日）

住所	いちき串木野市	公民館名	
		電話番号	
ふりがな		職 業	
氏名		生年月日	昭和 年 月 日
			(歳)

※ 回答欄のあてはまる方を○で囲んでください。

No.	質 問 項 目	回 答	
1	現在、血圧を下げる薬を服用している	①はい	②いいえ
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用している	①はい	②いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用している	①はい	②いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	①はい	②いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	①はい	②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか	①はい	②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある	①はい	②いいえ
8	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	
9	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
10	1日3食きちんと食べていますか	①はい	②いいえ
11	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
12	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
13	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
14	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
15	この1年間に、転んだことがありますか	①はい	②いいえ
16	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
17	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せんか	①はい	②いいえ
18	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
19	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	
20	週に1回以上は、外出していますか	①はい	②いいえ
21	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
22	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