

75歳以上の健康診査受診票

※下記太枠内を記入してください。

		検診年月日	整理番号
フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	大・昭 年 月 日
住所	〒 _____ 井原市 _____ 町 _____ 番地	電話	年齢 _____ 年度末年齢 (_____ 歳)
家族歴 あなたの血縁者で下記の病気になった方がいますか。いれば続柄の番号を記入してください。 ①父 ②母 ③兄弟姉妹 ④子 高血圧 () 脳卒中 () 心臓病 () 糖尿病 () 腎臓病 () 肝臓病 () がん【肺・胃・大腸・乳・子宮・その他】 ()			

今までに健康診査を受けたことがありますか 1. ある (1年前 2年前 3年以上前) 2. ない			
既往歴 今までにかかった病気があれば病気の番号・治療状況に○をつけ、発病した年齢を記入してください。			
	病名	発病年齢	治療状況
1	心臓病	(_____ 歳)	1. 治療した 2. 治療中 3. 治療中断 4. 放置
2	脳卒中	(_____ 歳)	1. 治療した 2. 治療中 3. 治療中断 4. 放置
3	高血圧	(_____ 歳)	1. 治療した 2. 治療中 3. 治療中断 4. 放置
4	糖尿病	(_____ 歳)	1. 治療した 2. 治療中 3. 治療中断 4. 放置
5	腎臓病	(_____ 歳)	1. 治療した 2. 治療中 3. 治療中断 4. 放置
6	痛風	(_____ 歳)	1. 治療した 2. 治療中 3. 治療中断 4. 放置
7	貧血症	(_____ 歳)	1. 治療した 2. 治療中 3. 治療中断 4. 放置
8	肝臓病	(_____ 歳)	1. 治療した 2. 治療中 3. 治療中断 4. 放置
9	高脂血症	(_____ 歳)	1. 治療した 2. 治療中 3. 治療中断 4. 放置
10	眼科疾患	(_____ 歳)	1. 治療した 2. 治療中 3. 治療中断 4. 放置
11	骨関節疾患	(_____ 歳)	1. 治療した 2. 治療中 3. 治療中断 4. 放置
12	手術輸血の有無	手術を受けた (_____ 歳) 病名 (_____) 輸血を受けた (_____ 歳) 病名 (_____)	
99	その他	(_____ 歳)	1. 治療した 2. 治療中 3. 治療中断 4. 放置

自覚症状 気になる症状があれば番号に○をつけてください。

1. 頭痛・頭重	5. 手足のしびれ	9. どうき	13. 手足のむくみ	17. その他気になる症状 (_____)
2. めまい	6. 手足のまひ	10. 脈のみだれ	14. のどがかわく (_____)	
3. 耳鳴り	7. 立ちくらみ	11. 胸痛	15. 多尿	
4. 舌のもつれ	8. 息切れ	12. 胸のしめつけ感	16. 体重増・減	

服薬歴 次の薬を服用している場合は番号に○をつけてください。

1. 血圧を下げる薬 2. インスリン注射または血糖を下げる薬 3. コレステロールや中性脂肪を下げる薬

平素の血圧 (_____ / _____)

生活習慣 あてはまる番号に○をつけ、(_____) 内に記入してください。

飲酒	1. 飲まない 2. 時々飲む 3. 毎日飲む (週 _____ 日) 1日の量 (_____ 単位) (1単位: 日本酒1合 ビール大1本 ウイスキーダブル1杯 焼酎2/3合 ワイン180ml)		
喫煙	1. 吸わない 2. やめた (_____ 歳から) 3. 吸う (_____ 年) × 1日 (_____ 本) 吸う人のみ記入してください。1. やめたい 2. 減らしたい 3. やめたくない 4. わからない		
睡眠	1. 眠れる 2. 時々眠れない 3. 眠れない		
朝食	1. 毎日食べる 2. 時々食べない 3. 食べない		
間食	1. 食べない 2. 時々食べる 3. 毎日食べる		
塩分	1. 控えている 2. 少し控えている 3. 控えていない		
甘いもの	1. ほとんどとらない 2. 時々とる 3. 毎日とる		
運動	1. 定期的にする 2. 時々する 3. しない 運動内容 (_____) 1回 (_____) 分 週 (_____) 回		

※裏面につづく

後期高齢者の質問票

	質問文	回答
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(*)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