

ぎふ・すこやか健康診査質問票(関市)

フリガナ	
氏名	
生年月日	T・S 年 月 日

医療機関名	
健診年月日	令和 年 月 日

		質問文	回答
服薬歴	1	血圧を下げる薬を使用していますか	①はい ②いいえ
	2	血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか	①はい ②いいえ
	3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか	①はい ②いいえ
既往歴	1	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
	2	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
	3	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
	4	医師から、貧血といわれたことがありますか	①はい ②いいえ
生活習慣に関する項目	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	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	①はい ②いいえ