

質 問 票

氏名 _____

該当する箇所へ☐(斜線)を記入してください。

既往歴

a	現在、治療中の病気はありますか？ ☐ なし ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症 ☐ 脳卒中 ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 他()
b	いままでに医師から貧血といわれたことはありますか？ ☐ なし ☐ あり

自覚症状

c	次の症状はありますか？ ※ある場合は3つまで選択可 ☐ 特になし ☐ 胸痛 ☐ 息切れ ☐ 頭痛 ☐ せき・たん ☐ 動悸 ☐ 不眠 ☐ めまい
---	--

質 問 項 目		回 答	
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> よくない	<input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> あまりよくない
2	毎日の生活に満足していますか。	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや不満	<input type="checkbox"/> やや満足 <input type="checkbox"/> 不満
3	1日3食きちんと食べていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか。	<input type="checkbox"/> 吸っている <input type="checkbox"/> やめた	<input type="checkbox"/> 吸っていない
13	週に1回以上は外出していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15	体調が悪いつきに、身近に相談できる人がいますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

◎それぞれの質問について、あてはまるもの一つだけ選んで回答してください。(複数選択は不可)