浦安市人間ドック問診票①（後期高齢者医療制度）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日 S ・ H　　/　　/

1. 以下の質問について、当てはまるもの全てに✔をつけてください。

① 現在、以下の薬を飲んでいますか？

☐ 血圧を下げる薬　　☐ コレステロールを下げる薬

☐ インスリン注射又は血糖を下げる薬

② 医師から、以下の病気にかかっていると言われたり 、治療を受けたことがありますか。

☐ 脳卒中 （ 脳出血、脳梗塞等 ）　　☐ 慢性の腎不全

☐ 心臓病 （ 狭心症、心筋梗塞 ）　　☐ 貧血

2. 以下の質問について、当てはまるもの1つに✔をつけてください。

① 現在、たばこを習慣的に吸っていますか？

習慣的に吸っているとは… 6ヶ月以上吸っており、最近1ヶ月間も吸っていること

☐ はい　☐ 以前は吸っていたが1ヵ月間吸っていない　☐いいえ

② 日本酒換算で 1合以上 のお酒を飲む頻度はどの位ですか？

日本酒換算で1合とは…ビール（5度）500ml、缶チューハイ（7度）350ml、
ワイン（14度）180ml、焼酎（25度）110ml、ウイスキー（43度）60ml

☐ 毎日　☐ 週に1回以上　☐ 月1～3回　☐ 飲まない（飲めない）

③ 生活習慣の改善について、これまでに 特定保健指導を受けたことがありますか。

☐ はい　☐ いいえ

～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～～以下は記入不要です～～～～～～～～～～～～～～～～～

検査項目		入力内容					
血清クレアチニン（対象者）		0			1		
血清クレアチニン（実施理由）		医師の判断で実施			健診結果において基準に該当する		
貧血検査実施理由		医師の判断で実施			健診結果において基準に該当する		
心電図検査（対象者）		0			1		
心電図検査実施理由		医師の判断で実施			健診結果において基準に該当する		
眼底検査（その他の所見）		KW	S-H	S-S	W-M	改変Davis	その他
	〈右眼〉						
	〈左眼〉						
眼底検査（対象者）		0			1		
眼底検査実施理由		医師の判断で実施			健診結果において基準に該当する		
健診機関番号							
判断医師名							
電話番号							

浦安市人間ドック問診票②（後期高齢者の質問票）

記入日：令和　　年　　月　　日

以下の質問について、太枠内の回答のうち、当てはまるもの1つに〇をしてください。

	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ヶ月間で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		