後期　総社市**後期高齢者医療保険**　人間ドック給付申請用質問票

1　**太枠**の中を記入してください。

フリガナ:
氏　　名:

生 年 月 日
大正 ・ 昭和　　年　　月　　日

2　**太枠**の中で，該当する選択肢に〇をしてください。

	質 問 項 目	選 択 肢
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	お茶や汁物などでむせることが ありますか。	1. は い　　2. いいえ
6	6か月間で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	ウォーキングなどの運動を週に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	体調が悪い時に，身近に相談できる人が いますか。	1. は い　　2. いいえ
16	かかりつけの先生はいますか。	1.はい(医療機関名:　　) 2.いいえ
17	現在，薬を内服していますか？ ※1.はいの方は□に✓をつけてください。	1.はい □血圧を下げる薬　　2.いいえ □インスリン注射又は血糖を下げる薬 □コレステロール・中性脂肪を下げる薬

市確認欄	宛名		後期		受診券番号	