

質 問 票

吉岡町

該当する箇所へ (斜線) を記入してください。

氏名

生年月日

既往歴

a	現在、治療中の病気はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

自覚症状

c	次の症状はありますか? ※ある場合は3つまで選択可能 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> せき・たん <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 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"/> まあよい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> 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"/> やや満足 <input type="checkbox"/> やや不満 <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"/> 吸っていない <input type="checkbox"/> やめた
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	体調が悪いときに、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、あてはまるものをつだけ選んで回答してください。(複数選択は不可)

問診者サイン