# 後期高齢者健康診査　　質　問　票

| 保険者番号 | 保険者名 |
|---|---|
| | |

| | |
|---|---|
| 氏　名 | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　年　　月　　日 |
| 記入日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 電話番号 | （　　） |
| 直前の食事からの経過時間 | ・食後10時間以上<br>・食後3.5時間以上10時間未満<br>・食後3.5時間未満 |

※ 各自もれの無いようご記入下さい。

| NO | 質問項目 | 選択肢 | 回答欄 |
|---|---|---|---|
| 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<br>③ふつう　④あまりよくない<br>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<br>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。<br>＊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ときがありますか。 | 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<br>②吸っていない<br>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 | |

# 健康診査記入表（担当医記録用）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 生年月日 | 年　月　日 | 健診年月日 | 年　月　日 |
| 氏　名 | | 性別／年齢 | 男 ・ 女　　歳 | 受診券番号 | |
| | | 電話番号 | （　　） | | |

血液検査結果表貼付欄

| | | |
|---|---|---|
| 既往歴 | 1. 特記すべきことあり<br>2. 特記すべきことなし | 〔脳卒中（脳出血・脳梗塞等）・心臓病（狭心症・心筋梗塞等）・慢性腎疾患（人工透析）・貧血〕 |
| 自覚症状 | 1. 特記すべきことあり<br>2. 特記すべきことなし | 〔　　〕 |
| 他覚症状<br>（*印は65歳以上で二次予防事業の生活機能の確認の場合のみ検査） | 1. 特記すべきことあり<br>2. 特記すべきことなし | 〔　　〕<br>貧血（□あり　□なし）　心肥大（□あり　□なし）　心音（□異常　□正常）　不整脈（□あり　□なし）　肝腫大（□あり　□なし）<br>＊ 口腔内の衛生状態（□不良　□良）　＊ 四肢の大関節の問題（□あり　□なし）　＊ 反復唾液嚥下テスト（30秒間で、　　回） |

| 項　目 | | | | | 結　果（＊印は小数点以下1桁まで） | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 身体計測 | 身長（cm） | 体重（kg） | 腹囲（cm） | BMI（kg/㎡） | ＊ | ＊ | ＊<br>実測　自己測定　自己申告 | ＊ |
| 血圧 | 収縮期血圧（mmHg） | | 拡張期血圧（mmHg） | | | | | |
| 尿検査 | 糖 | | 蛋白 | | －　±　＋　＋＋　＋＋＋ | | －　±　＋　＋＋　＋＋＋ | |
| 心電図検査 | 所見 | | | | 1. 所見あり<br>2. 所見なし | 〔＜所見記入欄＞※所見なしの場合も「異常なし」等記入してください。〕 | | |
| 眼底検査 | 所見 | | | | 1. 所見あり<br>2. 所見なし | 〔＜所見記入欄＞※所見なしの場合も「異常なし」等記入してください。〕 | | |

※Keith-Wagener分類、Scheie分類（H・S）、Scott分類、Wong-Mitchell分類、改変Davis分類に従って判定

医師の判断

| | |
|---|---|
| 総　合　判　定<br>□ 異常認めず<br>□ 要観察<br>□ 要指導<br>□ 治療中<br>□ 要医療 | 受診者が特に注意すべき事項 ・ どのような対応が必要か（自由記載） |
| 貧血検査を実施した理由：<br>□ 貧血の既往歴を有するため　　□ 貧血が疑われると判断されたため（視診等による）<br>□ 保険者独自の契約内容によるもの | |
| 心電図検査を実施した理由：<br>□ 検査結果による心電図検査対象者　　□ 不整脈による心電図検査対象者　　□ 保険者独自の契約内容によるもの | |
| 眼底検査を実施した理由：<br>□ 検査結果による眼底検査対象者　　□ 保険者独自の契約内容によるもの | |
| 血清クレアチニン検査を実施した理由：<br>□ 検査結果による血清クレアチニン検査対象者　　□ 保険者独自の契約内容によるもの | |
| 食後、採血までの時間　約（　　）時間　　〔 2. 食後10時間以上　3. 食後3.5時間以上10時間未満　4. 食後3.5時間未満 〕 | |
| 判断した医師の氏名 | |