

笠松町ぎふ・すこやか健診問診票

事前に記入し医療機関へ持参してください。

該当するものに○を付けてください

全てにお答えください

𠂔
𠂔

自覚症状	現在、気になる症状があればチェックしてください	特になし	頭痛	肩こり	めまい	手足のしびれ
状態	不眠	食欲がない	動悸・息切れ	脈の乱れ	胸のしめつけ	膝痛
	手足がむくむ	便秘	のどが渇く	腰痛		
	その他（ ）					
現病歴	現在、以下の病気で薬を使用されていますか（全てにお答えください）	1. 血圧を下げる薬（高血圧の薬）	はい	はい	はい	はい
		2. 血糖を下げる薬又はインスリン注射（糖尿病）	はい	はい	はい	はい
		3. コレステロールや中性脂肪を下げる薬（脂質異常）	はい	はい	はい	はい
既往歴	以下の病気と言われたり、治療を受けたことがありますか（全てにお答えください）	4. 脳卒中（脳出血、脳梗塞など）	はい	はい	はい	はい
		5. 心臓病（狭心症、心筋梗塞など）	はい	はい	はい	はい
		6. 慢性腎臓病や腎不全、人工透析	はい	はい	はい	はい
		7. 貧血	はい	はい	はい	はい
健康状態	8. あなたの現在の健康状態はいかがですか	よい	まあよい	ふつう	あまりよくない	よくない
心の健康状態	9. 毎日の生活に満足していますか	満足	やや不満	不満		
食習慣	10. 1日3食きちんと食べていますか	はい	はい	はい	はい	はい
	11. 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	はい	はい	はい	はい	はい
口腔機能	12. お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	はい	はい	はい	はい
体重変化	13. 6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	はい	はい	はい	はい
運動・転倒	14. 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	はい	はい	はい	はい	はい
	15. この1年間に転んだことがありますか	はい	はい	はい	はい	はい
	16. ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	はい	はい	はい	はい	はい
認知機能	17. 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	はい	はい	はい	はい	はい
	18. 今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	はい	はい	はい	はい
喫煙	19. あなたはたばこを吸いますか	吸っている	吸っていない	やめた		
社会参加	20. 週に1回以上は外出していますか	はい	はい	はい	はい	はい
	21. ふだんから家族や友人と付き合っていますか	はい	はい	はい	はい	はい
リハビリサポート	22. 体調が悪いときに、身近に相談できる人かいますか	はい	はい	はい	はい	はい