

令和 7 年度

健康診査受診票（後期高齢者用）

(住所)	稲沢市	整理番号	No.
		医療機関名 及び医師名	
	電話 () — * 日中に御連絡のつく電話番号を記入してください。	健診受診日	令和 年 月 日
(氏名)	ふりがな	性別	1 男 ・ 2 女
		生年月日	1 明治 ・ 2 大正 ・ 3 昭和 年 月 日生 (満 歳)

☆ 該当する項目に 1 つ ○ をお付けください。

No.	質 問	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(さきいか、たくあんなど)が食べにくくなりましたか	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 か月間で 2 ～ 3 kg 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されていますか	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 吸ったことがない 3 やめた(過去に吸っていた)
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