

行田市後期人間ドック問診票

住所	行田市			
氏名		性別	男 ・ 女	
生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳	

【回答欄】

次の質問にお答えください。（回答は、該当する にレ点を記入してください。）

	よい	まあよい	ふつう	あまりよくない	よくない
1 あなたの現在の健康状態はいかがですか	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>				
	満足	やや満足	やや不満	不満	
2 毎日の生活に満足していますか	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>				
	はい		いいえ		
3 1日3食きちんと食べていますか	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>			
	はい		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 <small>※さきいか、たくあん など</small>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>			
	はい		いいえ		
5 お茶や汁物等でむせることがありますか	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>			
	はい		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	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>			
	はい		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 style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>			
	はい		いいえ		
8 この1年間に転んだことがありますか	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>			
	はい		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 style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>			
	はい		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いわれていますか	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>			
	はい		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 style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>			
	はい		いいえ		
12 あなたはたばこを吸いますか	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>		
	吸っている		吸っていない		やめた
	はい		いいえ		
13 週に1回以上は外出していますか	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>			
	はい		いいえ		
14 普段から家族や友人との付き合いがありますか	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>			
	はい		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	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>			
	はい		いいえ		