

満66歳 生涯転換期健康診断 追加問診票

受検者氏名		住民登録番号		電話番号	自宅	
					携帯電話	
<input type="checkbox"/> 健康保険加入者		<input type="checkbox"/> 医療給与受給権者		E-mailアドレス		
住所	市(道)	区(市・郡)	洞(面)	里	番地	郵便番号
						-

※ 貴方は、国民健康保険公団、疾病管理本部、又は保健所が提供する健康関連情報及び事業の案内をメール又は郵便などで受け取ることに同意しますか？ はい いいえ

※ 予防接種に関する質問

1. インフルエンザの予防接種を毎年受けていますか？ ① はい ② いいえ

※ 日常生活遂行能力に関する質問

2. 以下の質問を読み、貴方の現在の状態に該当する答えに○印をつけてください。

2-1. 食事が用意されると人に手伝ってもらわなくても一人で食事がとれますか？

① はい ② いいえ

2-2. 人に手伝ってもらわなくても一人で着替えができますか

① はい ② いいえ

2-3. 人に手伝ってもらわなくても一人でトイレに行けますか？

① はい ② いいえ

2-4. 人に手伝ってもらわなくても一人で入浴ができますか？

① はい ② いいえ

2-5. 人に手伝ってもらわなくても一人で食事の支度ができますか？

① はい ② いいえ

2-6. 商店街、隣の家、病院、官公署などの歩いていける距離の場所に、人に手伝ってもらわなくても一人で行けますか？

① はい ② いいえ

※ 気分の状態に関する質問

3. 以下の質問を読み、貴方の現在の状態に該当する答えに○印をつけてください。

3-1. 最近、活動量や意欲が一段と低下していますか？

① はい ② いいえ

3-2. 今の自分を無価値な人間だと感じていますか？

① はい ② いいえ

3-3. 今の自分に何の希望もないように感じていますか？

① はい ② いいえ

※ 転倒及び排尿障害に関する質問

4. 転倒に関する質問です。最近6ヶ月の間に転んだことがありますか？

① はい ② いいえ

5. 排尿障害に関する質問です。排尿に困難を感じるか、尿を失禁したことがありますか？

① はい ② いいえ

210mm×297mm一般用紙 60g/m²