

質問票（別紙）

後期高齢者医療保険にご加入の方は、可能な範囲で、以下の質問もお答えください。（該当するものに○を記入）

氏 名	生年月日：T・S 年 月 日
-----	----------------

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	
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
1日3食きちんと食べていますか			1 はい	2 いいえ
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
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か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか			1 はい	2 いいえ
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
この1年間に転んだことがありますか			1 はい	2 いいえ
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
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
今日が何月何日か分からない時がありますか			1 はい	2 いいえ
週に1回以上は外出していますか			1 はい	2 いいえ
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
体調が悪い時に、身近に相談できる人がいますか			1 はい	2 いいえ