厚木市人間ドック助成金に係る質問票　兼同意書

厚木市人間ドック助成金交付を請求するにあたって本質問票及び人間ドック検査結果の情報を厚木市及び神奈川県後期高齢者医療広域連合が関係法令に基づき管理し、保健事業と高齢福祉に関する事業の範囲内で活用することに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

氏名		生年月日	T・S　　年　　月　　日
住所	厚木市		

No.	質問票（いずれかに〇を付けてください）　例：はい・いいえ	
1	現在、次の薬を服用していますか。 a. 血圧を下げる薬 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	 はい　・いいえ はい　・いいえ はい　・いいえ
2	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	はい　・いいえ
3	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	はい　・いいえ
4	医師から慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか。	はい　・いいえ
5	医師から貧血と言われたことがありますか。	はい　・いいえ
6	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	
7	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	
8	１日３食きちんと食べていますか。	はい　・いいえ
9	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　・いいえ
10	お茶や汁物等でむせることがありますか。	はい　・いいえ
11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	はい　・いいえ
12	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　・いいえ
13	この１年間に転んだことがありますか。	はい　・いいえ
14	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　・いいえ
15	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　・いいえ
16	今日が何月何日かわからない時がありますか。	はい　・いいえ
17	あなたはたばこを吸いますか。 ① 吸っている　② 吸っていない　③ やめた	
18	週に1回以上は外出していますか。	はい　・いいえ
19	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。	はい　・いいえ
20	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	はい　・いいえ