

申請日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日：大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所： 榛東村 \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳  
※受診日の属する年度末日現在

自治会名：第 \_\_\_\_\_ 区 電話番号： \_\_\_\_\_

## 国民健康保険質問票 (後期高齢者医療被保険者の方は裏面へ)

○ 以下の質問にお答えください。該当する□へ「✓」又は数字を記入ください。  
※記入漏れのないよう、回答をお願いします。

質問事項	回答欄
村から配られた「特定健康診査受診票・受診券」を使って、集団健診又は個別健診を受けましたか。 または受ける予定ですか。 (受診日の属する年度の4月1日から3月31日の間)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

服 薬	○血圧を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	○インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	○コレステロールを下げる薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

た ば こ	○「たばこ」は吸われますか。	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 最近1か月以内にやめた <input type="checkbox"/> 1か月以上前にやめた
	・「吸う」又は「やめた」と答えた方、1日の本数及び吸っている(吸っていた)年数を数字で記入してください。	1日の本数 <input type="text"/> 本 吸っていた年数 <input type="text"/> 年間

役場記入欄	
入力日	
保健指導	積極的・動機づけ・なし

# 後期高齢者医療質問票

(国民健康保険被保険者の方は記入不要です)

○ 以下の質問にお答えください。該当する□へ「✓」を記入ください。

※記入漏れのないよう、回答をお願いします。

質問事項		回答欄	
村から配られた「特定健康診査受診票・受診券」を使って、集団健診又は個別健診を受けましたか。 または受ける予定ですか。 (受診日の属する年度の4月1日から3月31日の間)		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	<input type="checkbox"/> よい	<input type="checkbox"/> まあよい
		<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> あまりよくない
		<input type="checkbox"/> よくない	
2	毎日の生活に満足していますか。	<input type="checkbox"/> 満足	<input type="checkbox"/> やや満足
		<input type="checkbox"/> やや不満	<input type="checkbox"/> 不満
3	1日3食きちんと食べていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	今日が何月何日かわからないときがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか。	<input type="checkbox"/> 吸っている	<input type="checkbox"/> 吸っていない
		<input type="checkbox"/> やめた	
13	週に1回以上は外出していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ