

◆次の病気にかかったことがありますか？	□いいえ	<input type="checkbox"/> 血圧の異常(高血圧、低血圧) <input type="checkbox"/> 心臓の病気(狭心症、心筋梗塞、不整脈、弁膜症) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肺炎(間質性、誤嚥性) <input type="checkbox"/> 脳血管の病気(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血) <input type="checkbox"/> 肝臓の病気(肝炎、肝硬変) <input type="checkbox"/> 腎臓の病気(腎炎、腎不全、人工透析) <input type="checkbox"/> 神経疾患(てんかん、パーキンソン病、認知症) <input type="checkbox"/> 精神疾患(うつ病、パニック障害、統合失調症) <input type="checkbox"/> 血液の病気(貧血、白血病、血友病) <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気(気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患) <input type="checkbox"/> 消化器の病気(食道、胃、十二指腸、大腸、膵臓) <input type="checkbox"/> 耳鼻科の病気() <input type="checkbox"/> 婦人科の病気() <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> アレルギー(花粉、金属、アトピー、アナフィラキシー) <input type="checkbox"/> 感染症(結核、HIV、梅毒、ウイルス性肝炎 A B C 型) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他 ()
---------------------	------	--

※ 右側のふと枠内に○を付けてください。

項目		2	1	0
①	半年前と比べて、かたいものが食べにくくなった	とても	少し	OK
②	お茶や汁物でむせる	よくある	時々	—
③	口の乾きが気になる	とても	少し	—
④	義歯を使っている	○	—	×
⑤	缶やペットボトルの蓋が開けにくい	よく思う	時々	—
⑥	食事時間が長くなった	とても	少しだけ(時々)	—
⑦	しゃべりにくくなった(ろれつが回りにくくなった)	よく思う	時々	—
⑧	半年に1回は歯科医院を受診している	—	NO	YES
⑨	歩くのが遅くなった	—	YES	NO
⑩	外出の頻度が減った	—	YES	NO
⑪	ここ3か月で体重が減少した	YES	NO	—
合計				