

Kuesioner pemeriksaan kesehatan tambahan

Nama Belakang		Nomor Identitas	
Nama Depan			

※ Harap isi kuesioner ini jika relevan dengan Anda.



Penilaian fungsional orang lanjut usia (66, 70, dan 80 tahun)

1. Apakah Anda menerima suntikan vaksin influenza setiap tahun?

- ① Ya ② Tidak

2. Pernahkah Anda menerima vaksinasi pneumonia?

- ① Ya ② Tidak

3. Pertanyaan-pertanyaan berikut ini berkaitan dengan kemampuan Anda untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari

Harap baca dan jawab pertanyaan-pertanyaan di bawah ini.

1) Jika seseorang menyiapkan meja untuk makanan Anda, Anda bisa makan tanpa bantuan apa pun.

- ① Ya ② Tidak

2) Bisakah Anda mengenakan pakaian tanpa bantuan?

- ① Ya ② Tidak

3) Bisakah Anda pergi ke toilet sendiri?

- ① Ya ② Tidak

4) Bisakah Anda mandi sendiri?

- ① Ya ② Tidak

5) Bisakah Anda menyiapkan makanan sendiri?

- ① Ya ② Tidak

6) Bisakah Anda mengunjungi sendiri tempat-tempat yang dapat dijangkau dengan berjalan kaki, seperti toko, klinik, tetangga, atau kantor-kantor publik?

- ① Ya ② Tidak

4. Tentang cedera jatuh: Apakah Anda pernah jatuh dalam 6 bulan terakhir?

- ① Ya ② Tidak

5. Fungsi kemih: Apakah Anda mengalami kesulitan buang air kecil atau menahan kencing?

- ① Ya ② Tidak