

お名前() 日付(年 月 日)

抗加齢 QOL 共通問診票

Anti-Aging QOL Common Questionnaire: AAQoI

あなたの症状を教えてください。

からだの症状

(1 全くなし 2 ほとんどなし 3 少しあり 4 中等度あり 5 高度にあり)

1 2 3 4 5

目が疲れる

目がかすむ

眼痛

肩がこる

筋肉痛・こり

動悸

息切れ

ふとりやすい

やせ・体重減少

だるい

健康感がない

口渇

肌の不調

食欲不振

胃が張る

胃痛

風邪をひきやすい

咳や痰

下痢

便秘

白髪

抜け毛

頭痛

めまい

耳鳴り

腰痛

関節痛

むくみ

汗をかきやすい

頻尿

のぼせ

冷え症

お名前() 日付(年 月 日)

こころの症状

(1 全くなし 2 ほとんどなし 3 少しあり 4 中等度あり 5 高度にあり)

1 2 3 4 5

いらいらする

怒りっぽい

意欲がわからない

幸せと感じない

生きがいがない

日常生活が楽しくない

自信を失った

人と話すのが嫌

憂うつ

役に立つ人間でない

眠りが浅い

寝つきが悪い

くよくよする

ど忘れをする

集中できない

問題を解決できない

容易に判断できない

心配ごとでよく眠れない

緊張感

理由なく不安になる

何か恐怖心を感じる

生活習慣

タバコ 1日 ___本

酒 1日 ___合(日本酒換算)

運動 週 ___日

睡眠時間 1日 ___時間

水分摂取 1日 ___リットル

VDT作業時間 1日 ___時間