

Health checkup questionnaire

※ Examinees must complete the questionnaire to receive the results of the cardiovascular disease risk assessment.

Last Name		Resident Reg. No..		Telephone	Home	
Given Name					Mobile phone	
Current address				E-mail		
				How to receive a health checkup report	☐ Post ☐ E-mail ☐ Mobile	

※ Please answer all the questions below.

Medical history (disease history, family history)

1. Have you ever been diagnosed by a doctor with any of the following diseases or are you currently taking any medication?

	Diagnosis		Medication therapy	
	Yes	No	Yes	No
Brain stroke (paralysis)	Yes	No	Yes	No
Cardiac infarction/angina	Yes	No	Yes	No
High blood pressure	Yes	No	Yes	No
Diabetes	Yes	No	Yes	No
Dyslipidemia	Yes	No	Yes	No
Tuberculosis	Yes	No	Yes	No
Depression	Yes	No	Yes	No
Early Psychosis	Yes	No	Yes	No
Hepatitis C	Yes	No	Yes	No
Others (including cancer)	Yes	No	Yes	No

2. Has anyone in your family died from or gotten any of the following diseases?

Brain stroke (paralysis)	Yes	No
Cardiac infarction/angina	Yes	No
High blood pressure	Yes	No
Diabetes	Yes	No
Others (including cancer)	Yes	No

3. Are you a Hepatitis B virus antigen carrier?

- ① Yes ② No ③ No idea

Smoking and e-cigarettes (vaping)

4. Have you ever smoked more than 5 packs of cigarettes (100 cigarettes) in your lifetime?

- ① No. (→ Go to Question 5)
② Yes. (→ Go to Question 4-1)

4-1. Do you smoke cigarettes now?

① I do	A total of _____ years	An average of _____ cigarettes a day	
② I used to but not anymore	A total of _____ years	Used to smoke _____ cigarettes a day on average	_____ years since I quit

5. Have you ever used an electronic cigarette (e.g., IQOS, Glo, or Lil)?

- ① No. (→ Go to Question 6)
② Yes. (→ Go to Question 5-1)

5-1. Do you currently use electronic cigarettes (e.g., IQOS, Glo, or Lil)?

① I do	A total of _____ years	An average of _____ cigarettes a day	
② I used to but not anymore	A total of _____ years	Used _____ cigarette(s) a day on average	_____ years since I quit

6. Have you ever used a liquid electronic cigarette?

- ① No.
② Yes. (→ Go to Question 6-1)

6-1. Have you used a liquid electronic cigarette in the last month?

- ① No ② 1 to 2 days per month ③ 3 to 9 days per month
④ 10 to 29 days per month ⑤ Every day

Drinking

※ In the past one year

7. How often do you have drinks containing alcohol? (Select one)

- ① () times per week ② () times per month
③ () times per year
④ I don't drink alcohol.

7-1. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?

* Choose one among the glass, bottle, can, or cc (you can choose more than one for liquor types; choose a similar type for other liquor types that are not indicated)

Type of liquor	Glass	Bottle	Can	cc
Soju				
Beer				
Hard liquor				
Makgeolli (rice wine)				
Wine				

7-2. What is the largest amount of drinks containing alcohol that you have ever had in one day?

* Choose one among the glass, bottle, can, or cc (you can choose more than one for liquor types; choose a similar type for other liquor types that are not indicated)

Type of liquor	Glass	Bottle	Can	cc
Soju				
Beer				
Hard liquor				
Makgeolli (rice wine)				
Wine				

Exercising

8-1. How often do you do high intensity exercise (making you short of breath) per week?

() days per week

* Examples of high intensity exercise> Running, aerobics, fast bicycling, construction labor, carrying items using stairs, etc.

8-2. How long do you do high intensity exercise (making you short of breath) per day?

() hours () minutes per day

9-1. How often do you do moderate intensity exercise (making you slightly short of breath) per week?

() days per week

* Exclude exercise you have already written in Question 8

* Examples of moderate intensity exercise> Power walking, doubles tennis games, cycling at normal speed, carrying light items, cleaning, etc.

9-2. How long do you do moderate intensity exercise (making you slightly short of breath) per day?

() hours () minutes per day

10. How many days did you do weight training such as push-ups, sit-ups, dumbbell exercises, weight lifting, or horizontal bar exercise in the last one week?() days per week

Additional health checkup questionnaires

Last Name		Resident Reg. No.	
Given Name			

※ Please fill out this questionnaire if it is applicable to you.



Functional assessment of elderly (66, 70, and 80 years of age)

1. Do you receive inoculations with influenza vaccine every year?

- ① Yes ② No

2. Have you received vaccinations against pneumonia?

- ① Yes ② No

3. The following questions are about your ability to perform activities of daily living
Please read and answer the questions below.

1) If someone sets the table for your meal, you can eat by yourself without any help.

- ① Yes ② No

2) Can you put on your clothes without any help?

- ① Yes ② No

3) Can you go to the toilet by yourself?

- ① Yes ② No

4) When you take a bath or a shower, can you wash by yourself?

- ① Yes ② No

5) Can you prepare your meals?

- ① Yes ② No

6) Can you go to places that are of walking distance, such as a store, clinic, neighbor, or any public offices, by yourself?

- ① Yes ② No

4. About fall injury: Have you fell down during the last 6 months?

- ① Yes ② No

5. Urinary function: Do you have any difficulty in urinating or in holding your urine?

- ① Yes ② No

健康体检问诊表

※ 受检者需填写所有问诊项目，才能得到心脑血管疾病风险评估结果。

受检者姓名		身份证号		电话	座机	
					手机	
住址				电子邮箱		
				健康体检报告书领取方法	☐ 邮寄	☐ 电子邮箱
					☐ 手机	

※ 请浏览以下内容并填写符合当前情况的内容。



患病史(过去病史，家族病史)

1. 您是否曾确诊以下疾病或目前正在接受药物治疗？

	诊断		药物治疗	
	是	否	是	否
脑瘫(中风)				
心肌梗塞/心绞痛				
高血压				
糖尿病				
血脂异常				
肺结核				
抑郁症				
早期心理疾病				
C型肝炎				
其他(包括癌症)				

2. 您父母、兄弟、姐妹是否患有以下疾病或因下列疾病而引发死亡？

脑瘫(中风)	是	不是
心肌梗塞/心绞痛	是	不是
高血压	是	不是
糖尿病	是	不是
其他(包括癌症)	是	不是

3. 您是乙肝病毒携带者吗？
① 是 ② 否 ③ 不清楚



吸烟及电子烟

4. 从出生到现在是否吸过5包(100根)以上的普通香烟(烟卷)？
① 否(☞ 转至第5题)
② 是(☞ 转至第4-1题)

4-1. 现在是否吸普通香烟(烟卷)？

① 现在在吸烟	共 ____ 年	每天平均 ____ 根	
② 曾经吸过烟，但现在不吸烟	共 ____ 年	吸烟时每天平均 ____ 根	戒烟已有 ____ 年

5. 到目前为止，您是否吸过卷烟型电子烟（加热式香烟，例如：IQOS、Glo、lil等）？
① 否(☞ 转至第6题)
② 是(☞ 转至第5-1题)

5-1. 目前是否吸卷烟型电子烟（加热式香烟）？

① 现在在吸烟	共 ____ 年	平均每天 ____ 根	
② 有过吸烟史，但现在不吸	共 ____ 年	吸烟时 平均每天 ____ 根	已戒烟 ____ 年

6. 是否使用过**液体型**电子烟？
① 否
② 是(☞ 转至第6-1题)

6-1. 最近一个月内是否使用过液体型电子烟？
① 否 ② 每月1-2天 ③ 每月3-9天
④ 每月10-29天 ⑤ 每天



饮酒

※ 过去1年内

7. 您的饮酒次数如何？（只回答一项即可）
① 一周()次 ② 一个月()次
③ 一年()次
④ 不喝酒。

7-1. 平时喝酒时一般喝多少？
* 请在杯、瓶、罐或cc中选择一项作答(酒类可多项填写，其他酒类则选择相似酒种填写)

酒的种类	杯	瓶	罐	cc
烧酒				
啤酒				
洋酒				
米酒				
红酒				

7-2. 一天内喝的最多的时候是多少？
* 请在杯、瓶、罐或cc中选择一项作答(酒类可多项填写，其他酒类则选择相似酒种填写)

酒的种类	杯	瓶	罐	cc
烧酒				
啤酒				
洋酒				
米酒				
红酒				



锻炼身体(运动)

8-1. 您通常在一周内做几天可引发呼吸急促的高强度身体活动？
一周()天
* 高强度身体活动包括> 跑步、健美操、快速骑自行车、建筑工地劳动、通过台阶搬运东西等

8-2. 您平时每天做几个小时可引发呼吸急促的高强度身体活动？
一天()小时()分

9-1. 您通常在一周内做几天可引发轻微呼吸急促的中等强度身体活动？
一周()天
* 无需回答涉及身体活动的第8题。
* 中强度身体活动包括> 快走、网球双打、以一般速度骑自行车、搬运较轻的东西、打扫卫生等

9-2. 您平时每天做几个小时可引发轻微呼吸急促的中等强度身体活动？
一天()小时()分

10. 最近一周，您共有几天做过俯卧撑、仰卧起坐、哑铃、杠铃、单杠等肌肉运动？
一周()天

健康体检追加问诊表

受检者姓名		身份证号	
-------	--	------	--

※ 本问诊表仅限相关受检者作答



老人功能评价相关问题 (66岁，70岁，80岁)

1. 您是否每年都会接种流感(重感冒) 疫苗?

① 是 ② 否
2. 您是否接种过肺炎疫苗?

① 是 ② 否
3. 以下是有关日常生活执行能力的问题。
请阅读以下内容，请在符合现状的选项上画 “○”。

1) 如饭菜已备好，在无他人帮助下，您能否独自吃饭?

① 是 ② 否

2) 在无他人帮助下，您能否独自穿衣?

① 是 ② 否

3) 在无他人帮助下，您能否独自入厕大小便?

① 是 ② 不是
- 4) 在无他人帮助下，您能否独自洗浴?

① 是 ② 否
- 5) 在无他人帮助下，您能否独自准备饭菜?

① 是 ② 否
- 6) 在无他人帮助下，您能否独自前往商店、邻居、医院及公共机构等场所?

① 是 ② 否
4. 这是关于摔伤的提问。在过去的六个月，您是否摔倒过?

① 是 ② 否
5. 这是关于排尿障碍的提问。您在小便时，是否有小便障碍或小便失禁的情况?

① 是 ② 否

健康診断問診表

※ 受検者は、問診項目の記載に漏れがある場合には、心・脳血管疾患に係る危険評価結果の通知を受けることができません。

受検者氏名		住民登録番号		電話番号	自宅	
					携帯電話	
住所				E-mailアドレス		
				健康診断結果通知書の受領方法	☐ 郵便 ☐ E-mail ☒ モバイル	

※ 以下の質問を読み、現在の状態に該当する内容に「○」印をつけてください。

※ 疾患歴(過去歴、家族歴)に関する質問

- ① いいえ
- ② 1-2日
- ③ 3-9日
- ④ 10-29日
- ⑤ 毎日

1. 次のような疾病と診断されたことがあるか、現在薬物治療を受けていますか。

	診断の有無		薬物治療の有無	
脳卒中(中風)	はい	いいえ	はい	いいえ
心臓病(心筋梗塞/狭心症)	はい	いいえ	はい	いいえ
高血圧	はい	いいえ	はい	いいえ
糖尿病	はい	いいえ	はい	いいえ
脂質異常症	はい	いいえ	はい	いいえ
肺結核	はい	いいえ	はい	いいえ
うつ病	はい	いいえ	はい	いいえ
早期精神病	はい	いいえ	はい	いいえ
C型肝炎	はい	いいえ	はい	いいえ
その他(がんを含む)	はい	いいえ	はい	いいえ

2. 親、兄弟のうち、次のような疾患を患ったことがあるか、該当疾患のため亡くなった方がいますか。

脳卒中(中風)	はい	いいえ
心臓病(心筋梗塞/狭心症)	はい	いいえ
高血圧	はい	いいえ
糖尿病	はい	いいえ
その他(がんを含む)	はい	いいえ

3. B型肝炎キャリアですか。
① はい ② いいえ ③ わからない

※ 喫煙及び電子タバコに関する質問

4. 今までの一生涯で計5箱(100本)以上の一般的なタバコ(紙巻タバコ)を吸ったことがありますか。

- ① いいえ(⇒ 質問5にお進みください)
- ② はい、今は止めている(⇒ 質問4-1にお進みください)

4-1. 現在一般的なタバコ(紙巻タバコ)を吸いますか。

① 吸う	計 ____年	一日平均 ____本	
② 前は吸っていたが今は吸わない	計 ____年	喫煙およびその他のタバコ使用時の一日平均 ____本	禁煙から ____年

5. これまで巻きタバコ型電子タバコ(加熱式タバコ、例)アイコス、グロー、リルなどを吸ったことがありますか。

- ① いいえ(⇒ 質問6にお進みください)
- ② はい、今は止めている(⇒ 質問5-1にお進みください)

5-1. 現在巻きタバコ型電子タバコ(加熱式タバコ)を吸いますか。

① 吸う	計 ____年	一日平均 ____本	
② 前は吸っていたが今は吸わない	計 ____年	喫煙していた時の一日平均 ____本	禁煙から ____年

6. リキッド電子タバコを吸ったことがありますか。

- ① いいえ
- ② はい(⇒ 質問6-1にお進みください)

6-1. ここの一カ月の間にリキッド電子タバコを吸ったことがありますか。

※ 飲酒に関する質問

※ 去る1年間

7. 飲酒回数はどれほどですか。(1つだけ回答)

- ① 1週間に()回
- ② 1ヶ月に()回
- ③ 1年に()回
- ④ 飲酒をしない。

7-1. お酒を飲む日の飲酒量はどれほどですか。

* 杯、瓶、缶、ccのいずれか一つにのみ作成して下さい。(酒の種類は複数回答が可能、その他の酒の種類は類似する酒の種類で表記)

お酒の種類	杯	瓶	缶	cc
焼酎				
ビール				
洋酒				
マッコリ				
ワイン				

7-2. 最も多く飲んだ日の飲酒量はどれほどですか。

* 杯、瓶、缶、ccのいずれか一つにのみ作成して下さい。(酒の種類は複数回答が可能、その他の酒の種類は類似する酒の種類で表記)

お酒の種類	杯	瓶	缶	cc
焼酎				
ビール				
洋酒				
マッコリ				
ワイン				

※ 身体活動(運動)に関する質問

8-1. 普段、息切れするほどの激しい身体活動を1週間に何日しますか。
1週間に()日

* 激しい身体活動の例:ランニング、エアロビクス、速い速度でするサイクリング、建設現場での労働、階段で物を運ぶことなど

8-2. 普段、息切れするほどの激しい身体活動を1日に何時間しますか。
1日に()時間 ()分

9-1. 普段、若干息切れするほどの適度な身体活動を1週間に何日しますか。
1週間に()日

* 8番の回答に関する身体活動を除いてお答えください。
* 適度な身体活動の例:早歩き、テニスのダブルス、普通速度でするサイクリング、軽い物を運ぶこと、掃除など

9-2. 普段、若干息切れするほどの適度な身体活動を1日何時間しますか。
1日に()時間()分

10. 普段、腕立て伏せ、腹筋運動、ダンベル、バーベル、鉄棒などの筋力運動を1週間に何日しますか。
1週間に()日

健康診断追加問診票

受検者氏名		住民登録番号	
-------	--	--------	--

※ 追加問診票は該当する受検者のみ記入してください。



高齢者機能評価に関する質問(66歳、70歳、80歳対象)

1. インフルエンザの予防接種を毎年受けていますか。

- ① はい ② いいえ

2. 肺炎予防接種を受けましたか。

- ① はい ② いいえ

3. 以下の項目は、日常生活遂行能力に関する質問です。

次の質問を読み、現在の状態に該当する番号に「○印」をつけてください。

1) 食事が用意されると他人に手伝ってもらわなくても一人で食事がとれますか。

- ① はい ② いいえ

2) 他人に手伝ってもらわなくても一人で着替えができますか。

- ① はい ② いいえ

3) 他人に手伝ってもらわなくても一人でトイレに行けますか。

- ① はい ② いいえ

4) 他人に手伝ってもらわなくても一人で入浴ができますか。

- ① はい ② いいえ

5) 他人に手伝ってもらわなくても一人で食事の準備ができますか。

- ① はい ② いいえ

6) 商店街、隣の家、病院、役所などの歩いていける距離の場所は、他人に手伝ってもらわなくても一人で行けますか。

- ① はい ② いいえ

4. 転倒に関する質問です。ここ6カ月の間に転倒したことがありますか。

- ① はい ② いいえ

5. 排尿障害に関する質問です。排尿に困難を感じるか、尿を失禁したことがありますか。

- ① はい ② いいえ

Bảng câu hỏi khám sức khỏe

※ Người đến khám phải trả lời đầy đủ các câu hỏi thì mới có thể nhận được kết quả đánh giá nguy cơ về bệnh tim mạch và mạch máu não.

Họ và tên		Số CCCD		Số điện thoại	Nhà riêng	
					Di động	
Địa chỉ				Địa chỉ E-mail		
Cách thức nhận báo cáo khám sức khỏe					☐ Hòm thư	☐ Địa chỉ E-mail
					☐ Di động	

※ Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây



Tiền sử y khoa (Tiền sử bệnh, tiền sử gia đình)

1. Bạn đã từng được chẩn đoán bị bệnh hoặc hiện tại đang dùng thuốc điều trị các chứng bệnh dưới đây hay không? khám bệnh hoặc hiện tại bạn đang dùng thuốc để điều trị các chứng bệnh dưới đây chưa?

	Chẩn đoán		Liệu pháp điều trị	
	Có	Không	Có	Không
Đột quỵ não (Tai biến mạch máu não)				
Nhồi máu cơ tim/đau thắt ngực				
Cao huyết áp				
Bệnh tiểu đường				
Rối loạn mỡ máu				
Lao phổi				
Trầm cảm				
Rối loạn tâm thần sớm				
Viêm gan C				
Bệnh khác (bao gồm ung thư)				

2. Trong số anh chị em ruột hay bố mẹ bạn, có ai bị mắc bệnh hoặc tử vong do mắc phải các chứng bệnh sau đây không?

Đột quỵ não (Tai biến mạch máu não)	Có	Không
Nhồi máu cơ tim/đau thắt ngực	Có	Không
Cao huyết áp	Có	Không
Bệnh tiểu đường	Có	Không
Bệnh khác (bao gồm ung thư)	Có	Không

3. Bạn là người có kháng nguyên chống virus Viêm gan B?

- ☐ Có ☐ Không ☐ Không rõ



Hút thuốc và thuốc lá điện tử

4. Cho đến nay, bạn đã từng hút tổng trên 5 bao (100 điếu) thuốc lá thông thường (thuốc lá điếu) chưa?

- ☐ Không (⇨ chuyển sang câu hỏi số 5).
☐ Có, nhưng giờ đã cai thuốc (⇨ chuyển sang câu hỏi số 4-1)

4-1. Hiện nay bạn có hút thuốc lá thông thường (thuốc lá điếu) không?

☐ Hiện đang hút	Tổng ____năm	Trung bình mỗi ngày ____điếu	
☐ Trước đây đã từng hút nhưng hiện không hút	Tổng ____năm	Khi còn hút thuốc, trung bình mỗi ngày hút ____điếu	Đã cai thuốc được ____năm

5. Cho đến nay, bạn đã từng sử dụng thuốc lá điện tử dạng thuốc lá điếu (thuốc lá đốt nóng, như là IQOS, GLO, LIL, v.v.) chưa?

- ☐ Không (⇨ chuyển sang câu hỏi số 6).
☐ Có, nhưng giờ đã cai thuốc (⇨ chuyển sang câu hỏi số 5-1)

5-1. Hiện tại bạn có sử dụng thuốc lá điện tử dạng thuốc lá điếu (thuốc lá đốt nóng) không?

☐ Hiện đang hút	Tổng ____năm	Trung bình mỗi ngày ____điếu	
☐ Trước đây đã từng hút nhưng hiện không hút	Tổng ____năm	Khi còn hút thuốc lá, trung bình mỗi ngày hút ____ điếu	Đã cai thuốc được ____năm

6. Bạn đã từng sử dụng thuốc lá điện tử dạng lỏng chưa?

- ☐ Chưa.
☐ Rồi. (⇨ Đi đến Câu 6-1)

6-1. Bạn có sử dụng thuốc lá điện tử dạng lỏng trong vòng 1 tháng gần đây không?

- ☐ Không ☐ 1 đến 2 ngày/tháng ☐ 3 đến 9 ngày/tháng
☐ 10 đến 29 ngày/tháng ☐ Hằng ngày



Đồ uống chứa cồn

※ Trong một năm qua

7. Bạn uống đồ uống chứa cồn bao nhiêu lần? (Chọn một đáp án)

- ☐ () lần/tuần ☐ () lần/tháng
☐ () lần/năm
☐ Tôi không uống rượu.

7-1. Bạn uống bao nhiêu đồ uống chứa cồn một ngày khi bạn uống?

* Hãy đánh dấu vào một trong các ô: cốc, chai, lon, cc. (Ở mục loại đồ uống có cồn thì có thể đánh dấu vào nhiều câu trả lời, và nếu là loại rượu khác thì đánh dấu vào ô có loại rượu tương tự)

Loại đồ uống	Cốc	Chai	Lon	cc
Soju				
Bia				
Đồ uống mạnh				
Makgeolli (Rượu gạo)				
Rượu				

7-2. Lượng đồ uống chứa cồn lớn nhất mà bạn từng uống trong một ngày là bao nhiêu?

* Hãy đánh dấu vào một trong các ô: cốc, chai, lon, cc. (Ở mục loại đồ uống có cồn thì có thể đánh dấu vào nhiều câu trả lời, và nếu là loại rượu khác thì đánh dấu vào ô có loại rượu tương tự)

Lọa đồ uống	Cốc	Chai	Lon	cc
Soju				
Bia				
Đồ uống mạnh				
Makgeolli (Rượu gạo)				
Rượu				



Thể dục thể thao

8-1. Bạn thường vận động cường độ cao (khiến bạn thở gấp) bao nhiêu lần một tuần? () ngày/tuần

* Ví dụ về các loại hình vận động cường độ cao> Chạy bộ, aerobics, đạp xe nhanh, lao động vất vả, mang vác vật nặng bằng thang v.v.

8-2. Bạn thường vận động cường độ cao (khiến bạn thở gấp) trong thời gian bao lâu trong một ngày? () giờ () phút/ngày

9-1. Bạn thường vận động cường độ trung bình (khiến bạn thở gấp mức độ nhẹ) bao nhiêu lần một tuần? () ngày/tuần

* Không bao gồm loại hình vận động bạn nêu trong Câu hỏi số 8.
* Ví dụ về các loại hình vận động cường độ trung bình> Đi bộ, chơi tennis (quần vợt), đạp xe ở tốc độ trung bình, mang vác vật nhẹ, dọn dẹp v.v.

9-2. Bạn thường vận động cường độ trung bình (khiến bạn thở gấp mức độ nhẹ) trong thời gian bao lâu trong một ngày? () giờ () phút/ngày

10. Tuần trước, bạn thực hiện các bài tập như chống đẩy, đứng lên ngồi xuống, đẩy tạ, nâng tạ hoặc kéo xà bao nhiêu ngày? () ngày/tuần

Bảng câu hỏi khám sức khỏe bổ sung

Họ và tên		Số CCCD	
-----------	--	---------	--

※ Vui lòng trả lời bảng câu hỏi này nếu đúng với quý vị.

 **Đánh giá chức năng của người cao tuổi (66, 70, và 80 tuổi)**

1. Bạn có tiêm chủng phòng ngừa dịch cúm(bệnh cúm)hàng năm không ?

- ① Có ② Không

2. Quý vị có tiêm phòng chống viêm phổi không?

- ① Có ② Không

3. Các câu hỏi sau đây hỏi về khả năng thực hiện các hoạt động thường ngày của quý vị. Vui lòng đọc và trả lời các câu hỏi dưới đây.

1) Nếu thức ăn đã được bày sẵn ra, bạn có thể tự ăn một mình mà không cần sự giúp đỡ của người khác không?

- ① Có ② Không

2) Khi mặc áo quần, bạn có thể tự làm một mình mà không cần sự giúp đỡ của người khác không?

- ① Có ② Không

3) Khi đi đại tiểu tiện, bạn có thể tự ra vào nhà vệ sinh một mình mà không cần sự giúp đỡ của người khác không?

- ① Có ② Không

4) Khi tắm rửa, bạn có thể tự làm một mình mà không cần sự giúp đỡ của người khác không?

- ① Có ② Không

5) Bạn có thể tự chuẩn bị đồ ăn mà không cần có sự giúp đỡ của người khác không?

- ① Có ② Không

6) Bạn có thể tự ra ngoài, đến những nơi như cửa hàng, nhà hàng xóm, bệnh viện, cơ quan hành chính nhà nước rồi tự đi về đến nhà mà không cần có sự giúp đỡ của người khác không?

- ① Có ② Không

4. Đây là câu hỏi về vấn đề té ngã. Trong vòng 6 tháng trở lại đây bạn có từng bị ngã lần nào không?

- ① Có ② Không

5. Đây là câu hỏi về vấn đề tiểu tiện. Bạn có gặp trở ngại gì trong khi đi tiểu hoặc bị són tiểu lần nào chưa?

- ① Có ② Không