

| | |
|--------|--|
| 住所・氏名欄 | |
|--------|--|

| | | |
|--------------------|--------------------|-------------------|
| 受診番号 ¹ | | 発行区分 ⁹ |
| 生年月日 ¹¹ | | |
| 返送日 | 記入不要 ¹⁸ | |
| 電話番号 ²⁵ | () | |

太枠内に記入、または
あてはまる項目にチェック☑して下さい。
No.12には、身長と体重を記入して下さい。

A. 介護予防のための基本チェックリスト

| No. | 質問項目 | 回答 | |
|-------------|--|---|--------------------------------|
| 暮らし ① | 1 バスや電車で1人で外出していますか | ³⁵ <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| | 2 日用品の買物をしていますか | ³⁶ <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| | 3 預貯金の出し入れをしていますか | ³⁷ <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| | 4 友人の家を訪ねていますか | ³⁸ <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| | 5 家族や友人の相談にのっていますか | ³⁹ <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| 運 動 | 6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか | ⁴⁰ <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| | 7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか | ⁴¹ <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| | 8 15分位続けて歩いていますか | ⁴² <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| | 9 この1年間に転んだことがありますか | ⁴³ <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| 栄 養 | 10 転倒に対する不安は大きいですか | ⁴⁴ <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| | 11 6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか | ⁴⁵ <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| 12 | 身長 ⁴⁶ cm 体重 ⁵⁰ kg (BMI = ※市で計算します) | | |
| 口 腔 | 13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | ⁵⁴ <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| | 14 お茶や汁物等でむせることがありますか | ⁵⁵ <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| | 15 口の渇きが気になりますか | ⁵⁶ <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| 暮らし ② | 16 週に1回以上は外出していますか | ⁵⁷ <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| | 17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | ⁵⁸ <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| | 18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか | ⁵⁹ <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| | 19 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか | ⁶⁰ <input type="checkbox"/> 0.はい | <input type="checkbox"/> 1.いいえ |
| こ こ ろ | 20 今日が何月何日かわからない時がありますか | ⁶¹ <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| | 21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない | ⁶² <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| | 22 (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった | ⁶³ <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| | 23 (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる | ⁶⁴ <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| | 24 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない | ⁶⁵ <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |
| | 25 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする | ⁶⁶ <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ |

B. その他

| No. | 質問項目 | 回答 | | | |
|-----|-----------------------------------|---|--------------------------------|-----------|-------|
| 1 | 現在、健康・介護予防のために運動や趣味の習い事などを行っていますか | ⁶⁷ <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ | | |
| 2 | 介護予防の各種教室に興味・関心がありますか | ⁶⁸ <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ | | |
| 3 | 市の在宅福祉サービスや介護保険の申請をしたことがありますか | ⁶⁹ <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ | | |
| 4 | 医療機関での受診や健診をしていますか | ⁷⁰ <input type="checkbox"/> 1.はい | <input type="checkbox"/> 0.いいえ | | |
| 5 | あなたが加入している健康保険は | ⁷¹ 1.国民健康保険 | 2.社会保険 | 3.後期高齢者医療 | 4.その他 |

記入が終わりましたら、同封の「返信用封筒」に入れて、ご返送ください。切手は不要です。