

☆いきいき度チェック☆

住所:和泊町

電話番号:

実施日 年 月 日

氏名:

生年月日 年 月 日 ( 歳)

はい、いいえの口いずれかに○をお付け下さい。

No.	質問項目		
1	バスやタクシーで1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	身長      cm      体重      kg (BMI=      ) (注)この欄は記入しないでください		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

※今の健康状態をどう感じてますか

( よい ・ まあよい ・ ふつう ・ あまりよくない ・ よくない )