

<差出人>
桜井市役所高齢福祉課
地域包括ケア係
<電話>
0744-42-9111
<開庁>
平日8:30~17:15

元気度チェック回答用紙
(基本チェックリスト)

★ 宛名の **ご本人** が回答してください。(代筆可)

★ 必ず **すべての項目** に回答してください。

以下の太枠内(網掛け部分)に回答してください。

元気度チェックにご協力いただけますか。	1. はい(→以下のすべての質問に回答) 2. いいえ(→下の「記入日」「電話番号」のみ記入) 3. 回答不可【長期入院・施設入所など】 (→下の「記入日」「電話番号」のみ記入)
記入日：令和 年 月 日	日中つながる 電話番号： - -

社会生活	1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ
	2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ
	3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
	4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
	5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ
運動器の機能	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	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	はい	いいえ
	8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ
	9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
	10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ
低栄養	11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ
	12	身長と体重をご記入ください。 ※おおよそでかまいません。	身長 cm / 体重 kg	
口腔の機能	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
	15	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ
物忘れ	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	はい	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	はい	いいえ
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ
こころの健康	21	(ここ2週間継続して)毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ
	22	(ここ2週間継続して)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	はい	いいえ
	23	(ここ2週間継続して)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	はい	いいえ
	24	(ここ2週間継続して)自分が役に立つ人間だと思えない	はい	いいえ
	25	(ここ2週間継続して)わけもなく疲れたような感じがする	はい	いいえ

右面に続く

以下の質問にも回答してください。

令和5年度版

質 問		回 答	
世帯	家族構成を教えてください	1. ひとり暮らし 2. 夫婦のみ 3. 親族(子や孫など)との同居 4. その他()	
健康	健康状態はいかがですか	1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない	
	毎日の生活に満足していますか	1. 満足 2. やや満足 3. やや不満 4. 不満	
	現在、医療機関にかかっていますか	1. はい 2. いいえ	
	医療機関にかかっている病気で、該当するものは何ですか	1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 脂質異常症 4. 脳卒中 5. 心疾患 6. 呼吸器疾患 7. 骨折・関節症 8. うつ 9. 歯科疾患 10. ()	
	1日3食きちんと食べていますか	1. はい 2. いいえ	
	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	1. はい 2. いいえ	
	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	1. はい 2. いいえ	
	あなたはたばこを吸いますか	1. はい 2. いいえ	
	交流	普段から家族や友人と付き合いがありますか	1. はい 2. いいえ
		ご近所の方とどのようなおつきあいをしていますか	1. 互いに相談したり協力し合っている 2. 日常的に立ち話をする程度 3. 挨拶程度の最小限のつきあい 4. つきあいは全くしていません
体調が悪い時に身近に相談できる人がいますか		1. はい 2. いいえ	
社会参加	あなたは現在、地域で右のような活動に参加していますか (あてはまるもの全てに○をつけてください)	1. 地縁的な活動(自治会、老人会、サロンなど) 2. 運動(体操教室、グラウンドゴルフなど) 3. 趣味(俳句、絵画、カラオケなど) 4. ボランティア・NPO・市民活動 5. 参加していない	
その他	介護が必要となったときあなたはどこで生活したいですか	1. 自宅 2. 子の家 3. 病院 4. 介護施設 5. その他()	

ご提供いただいた情報は、あなたの介護予防を効果的に実施するために使用します。このため、市内の桜井市地域包括支援センター等の関係機関と共有する場合がありますが、目的以外には一切使用いたしません。

★ もう一度、記入漏れがないかご確認ください。
元気度チェック(基本チェックリスト)にご回答いただきありがとうございました。
この用紙を、同封しております封筒に入れて、ポストに投函してください。