

健康チェックリスト

要介護などの原因となる生活機能の低下のサインを見逃さないように、
まずは、以下のリストを使って、自分の日常生活をチェックしてみましょう。



記入日		ふりがな		男	生年月日					
令和	年	月	日	氏名	男・女	昭和	年	月	日	(歳)
住所	あわら市				電話番号 () -		主にチェックする生活機能			
NO	質問項目						回答			
1	バスや電車で1人で外出していますか（付き添いなしで）						0. はい	1. いいえ	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> 社会参加 </div> メリハリのある生活を送っていますか？ 	
2	日用品の買い物をしていますか（付き添いなしで）						0. はい	1. いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか						0. はい	1. いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか（付き添いなしで）						0. はい	1. いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか						0. はい	1. 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（ひとりで）						0. はい	1. いいえ	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> 運動機能 </div> 筋力や骨などの足腰が弱ると、転倒や寝たきりにつながる可能性があります。 	
7	いす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						0. はい	1. いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか（付き添いなしで）						0. はい	1. いいえ		
9	この1年間に転んだことがありますか						1. はい	0. いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか						1. はい	0. いいえ		
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか						1. はい	0. いいえ	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> 栄養状態 </div>	
12	身長は何センチですか () cm		体重は何キロですか () kg		※記入しないでください BMI =					
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか						1. はい	0. いいえ	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> 口腔機能 </div> お口の健康は保たれていますか？	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか						1. はい	0. いいえ		
15	口の渴きが気になりますか						1. はい	0. いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか（付き添いなしで）						0. はい	1. いいえ	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> 閉じこもり </div>	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか						1. はい	0. いいえ		
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか						1. はい	0. いいえ	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> 物忘れ </div>	
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						0. はい	1. いいえ		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか						1. はい	0. いいえ		
21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない						1. はい	0. いいえ		
22	（ここ2週間）これまで楽しんでやれていた事が楽しめなくなった						1. はい	0. いいえ	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> 心の健康チェック </div> 家族や友人との死別など心境や環境の変化はありませんか？ 	
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						1. はい	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						1. はい	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						1. はい	0. いいえ		
26	ときどき道に迷うことがある						1. はい	0. いいえ		
27	好きだったことや趣味などへの興味や関心がなくなった						1. はい	0. いいえ	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> 認知症のおそれ </div> 福井県認知症検診5項目 	
28	物の置き忘れがしばしばあって困る						1. はい	0. いいえ		
29	最近の出来事を思い出せないことがよくある						1. はい	0. いいえ		
30	以前より怒りっぽくなったなど性格が変わったと感じる（または、そうられる）						1. はい	0. いいえ		

※得られた個人情報 は適正に管理し、事業の目的以外に使用することはありません。

このことにご理解・同意のうえ返送していただきますようお願い致します。