

介護予防のための元気はつらつチェックシート 〈松阪市〉

記入日（令和 年 月 日）

氏 名 _____

電話番号 _____

住 所 松阪市 _____ 町 _____

生年月日 T・S _____ 年 月 日 年齢 才 （男・女） _____

質 問 項 目		回 答 (いずれかに○)							
暮らしのぐら	1	バスや電車で1人で外出していますか <small>(1人で自家用車を運転して外出している場合も「はい」となります)</small>	0. はい	1. いいえ	5				
	2	日用品の買い物をしていますか <small>(自ら外出し、日用品の買い物をしているかどうかを尋ねています)</small>	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	0. はい	1. いいえ					
	5	家族や友人の相談にのっていますか <small>(電話で相談に応じている場合も「はい」となります)</small>	0. はい	1. いいえ					
運動機能	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	5				
	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 <small>(時々、つかまっている程度であれば「はい」となります)</small>	0. はい	1. いいえ					
	8	普段15分位続けて歩いていますか <small>(屋内、屋外等の場所を問わず、15分位続けて歩いていれば「はい」になります)</small>	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					
栄養状態	11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	2				
	12	身長と体重、BMIを記入してください <small>BMI*は18.5未満ですか ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)</small>	身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____	1. はい 0. いいえ					
口腔機能	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ	3				
	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	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ					
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	2				
	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					
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	1. はい	0. いいえ	3				
	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	今日が何月何日か分からない時がありますか	1. はい	0. いいえ					
/ 20									
うつ	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	5				
	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	1. はい	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	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					
生活全般	26	現在の健康状態はいかがですか	1. よい	2. まあまあ健康	3. ふうふう	4. あまり健康でない	5. 健康でない	5	
	27	現在の家族構成についてお聞きします	1. ひとり暮らし	2. 65歳以上の高齢者のみ世帯	3. 家族と同居				
	28	健康づくり・介護予防に関心がありますか	1. はい	0. いいえ					
	29	地域活動やボランティア活動をしてみたいですか	1. している	2. したい	3. したいが今はできない	4. したくない			
	30	地域包括支援センターをご存知ですか	0. はい	1. いいえ					

※このチェックシートは、介護予防を目的として地域包括支援センター・松阪市で共有し、必要に応じて関係機関に情報提供します。記入にご協力いただいたことは「同意」の意思表示とさせていただきます。