※ ご自身のアンケート用紙か確認してください

氏 名	

No	質　問　事　項	回　答	
1	バスや電車で１人で外出していますか	1.はい	2.いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	1.はい	2.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	1.はい	2.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	1.はい	2.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	1.はい	2.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	1.はい	2.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	1.はい	2.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	1.はい	2.いいえ
9	この１年間に転んだことがありますか	1.はい	2.いいえ
１０	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	2.いいえ
１１	６ヵ月間で２～３kg以上の体重の減少がありましたか	1.はい	2.いいえ
１２	身長：　　ｃｍ　／　体重：　　kg		
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	2.いいえ
１４	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	2.いいえ
１５	口の渇きが気になりますか	1.はい	2.いいえ
１６	週に１回以上は外出していますか	1.はい	2.いいえ
１７	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	2.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言われますか	1.はい	2.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	1.はい	2.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	2.いいえ
２１	（ここ２週間）毎日の生活に充実感がない	1.はい	2.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	1.はい	2.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	2.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	2.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	2.いいえ
２６	この３ヵ月間で１週間以上にわたる入院をしましたか	1.はい	2.いいえ
２７	かかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか	1.はい	2.いいえ
２８	この６ヵ月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか	1.はい	2.いいえ
２９	人の話が聞き取れず、何度も聞き返すことがありますか	1.はい	2.いいえ

	質　問　事　項	回　答	
３０	その日の活動（食事をする、衣服を選ぶなど）を自分で判断できますか	1.困難なくできる	2.いくらか困難であるが、できる
		3.判断する時に、他人からの合図や見守りが必要	4.ほとんど判断できない
３１	５分前のことが思い出せますか	1.はい	2.いいえ
３２	人に自分の考えをうまく伝えられますか	1.伝えられる	2.いくらか困難であるが、伝えられる
		3.あまり伝えられない	4.ほとんど伝えられない
３３	食事は自分で食べられますか	1.できる	2.一部介助（おかずを切ってもらう等）があればできる
		3.できない	
３４	運動機能向上や認知症予防の教室等に参加を希望される場合は、電話番号をご記入ください。（アンケートの回答内容により、案内を予定しています。）	電話番号（携帯） （　　）	