

4 使用した調査票

参考

平成27年度 茅ヶ崎市
介護予防のための
はつらつ健康アンケート
～基本チェックリスト～

ご協力をお願いいたします



提出
期限

平成27年 7月31日(金)

記入のしかた

黒のペン
または
ボールペンで
回答



回答の見本

あてはまる四角
を塗りつぶす
(はみ出しても
構いません)

はい いいえ
 はい いいえ

間違えた場合

はっきりと
「X」印

数字は枠内に
右詰めして記入

体重 kg

回答日

平成 27年 月 日

電話番号 ※本人と連絡のとれる電話番号(携帯電話可)をご記入ください。

- -

(宛先)茅ヶ崎市長 個人情報に関する取扱いについて

私は、すこやか支援プログラムの参加対象者となった場合に、すこやか支援プログラムへの参加勧奨のために、茅ヶ崎市が運営委託する地域包括支援センターの職員に対して「介護予防のためのはつらつ健康アンケート」の個人情報を必要な範囲で提供すること、及び私がすこやか支援プログラムに参加する場合に、地域包括支援センターの職員が私の介護予防計画を作成するために当該個人情報を利用することについて、

同意します 同意しません

署名
(自署)

家族や生活状況について

- 1 家族構成をお教えてください
- ①一人暮らし ②夫婦二人暮らし
 ③夫婦以外の家族と同居 (二世帯住宅を含む) ④その他 (施設入所等)
- 2 お住まいは次のどれにあたりますか
- ①持家 ②民間賃貸住宅 ③公営賃貸住宅 (市営、公営等)
 ④借間 ⑤その他
- 3 お住まい(主に生活する部屋)は2階以上にありますか はい いいえ

アンケートに関する
お問い合わせ

茅ヶ崎市 高齢福祉介護課 支援給付担当

茅ヶ崎市役所 仮設庁舎1階

電話 (0467) 82-1111 内) 2274・2275・2862

運動・関わりが減少している	4 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	
	5 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	
	6 15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	7 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	
	8 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	
	日常生活	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 1年前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12 杖やシルバーカーを使っていますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
口腔・栄養		13 6ヶ月間で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
		14 身長と体重をご記入ください	身長 <input type="text" value=""/> cm 体重 <input type="text" value=""/> kg
		15 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
		16 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
	17 口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	18 現在、自分の歯は何本ありますか(差し歯を含む)	<input type="text" value=""/> 本	
	19 入れ歯を使用していますか(部分義歯を含む)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	20 [問19が「はい」の方 (入れ歯を使用している方)のみ] どの種類の入れ歯を使用していますか	<input type="checkbox"/> ①総入れ歯 <input type="checkbox"/> ②部分入れ歯 <input type="checkbox"/> ③ブリッジ <input type="checkbox"/> ④インプラント <input type="checkbox"/> ⑤その他	
食事	21 「さきいか」や「たくあん」くらいの固さの食品を噛み切れますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	22 1日の食事の回数は何回ですか	<input type="checkbox"/> ①3食 <input type="checkbox"/> ②2食 <input type="checkbox"/> ③1食 <input type="checkbox"/> ④その他	
	23 肉類(牛肉・豚肉・鶏肉等)を週に何回食べますか	<input type="checkbox"/> ①ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> ②週4～5日 <input type="checkbox"/> ③週2～3日 <input type="checkbox"/> ④週1日 <input type="checkbox"/> ⑤週1日未満	
	24 1日1回以上、誰かと一緒に食事をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

質問は次ページに続きます。ページをめくってください。次ページ

前のページを回答してから、以下の質問にお答えください。

物忘れについて	25 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
	26 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					
	27 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					
	28 5分前のことが思い出せますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
	29 1年前と比べて物忘れが増えたと感じますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
	30 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
	31 自分の生年月日がわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
日常生活について	32 バスや電車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
	33 日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
	34 自分で食事の用意をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
	35 自分で掃除をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
	36 自分で洗濯をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
	37 請求書の支払いをしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
	38 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					
	39 階段を昇り降りできますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
	40	ここ1週間で日中に行った活動はどれですか (あてはまるもの全てに回答)	<input type="checkbox"/> A: 仕事	<input type="checkbox"/> B: 家事	<input type="checkbox"/> C: 趣味活動			
			<input type="checkbox"/> D: ボランティア活動	<input type="checkbox"/> E: 買物	<input type="checkbox"/> F: 散歩	<input type="checkbox"/> G: 病院の受診	<input type="checkbox"/> H: 友人知人と会う	<input type="checkbox"/> I: テレビを見て過ごす

提出
期限

平成27年7月31日(金)までに、
同封の封筒(切手不要)で市に返信してください。



社会参加について	41 友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						
	42 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						
	43 ボランティア団体や老人クラブに参加していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						
	44 趣味はありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						
	45 実際に趣味活動を行っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						
	46 収入のある仕事をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						
	47 あなたの心配事や愚痴(くち)を聞いてくれる人はいますか (あてはまるもの全てに回答)	<input type="checkbox"/> ①配偶者	<input type="checkbox"/> ②子ども	<input type="checkbox"/> ③兄弟姉妹・親戚・親・孫	<input type="checkbox"/> ④近所の人	<input type="checkbox"/> ⑤友人・知人	<input type="checkbox"/> ⑥民生委員	<input type="checkbox"/> ⑦その他	<input type="checkbox"/> ⑧そのような人はいない
	48 あなたが病気で数日間寝込んだときに看病や世話をしてくれる人はいますか (あてはまるもの全てに回答)	<input type="checkbox"/> ①配偶者	<input type="checkbox"/> ②子ども	<input type="checkbox"/> ③兄弟姉妹・親戚・親・孫	<input type="checkbox"/> ④近所の人	<input type="checkbox"/> ⑤友人・知人	<input type="checkbox"/> ⑥民生委員	<input type="checkbox"/> ⑦その他	<input type="checkbox"/> ⑧そのような人はいない
心身の健康状態について	49 (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						
	50 (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						
	51 (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						
	52 (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						
	53 (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						
	54 現在、病院・医院(診療所、クリニック)に通院していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						
	55 [問54が「はい」の方(病院・医院に通院している方)のみ] 一人で通院していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						
	56 あなたは現在の健康状態に満足していますか	<input type="checkbox"/> ①大変満足	<input type="checkbox"/> ②やや満足	<input type="checkbox"/> ③どちらともいえない	<input type="checkbox"/> ④やや不満	<input type="checkbox"/> ⑤大変不満			
	57 運動器または口腔機能を向上させたり、栄養改善や物忘れを予防する「介護予防教室」に興味はありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ						

これで質問は終了です。ご協力ありがとうございました。