

2013年度 町田市

健康チェック表



回答日 ※枠からはみ出さないようにご記入ください。

2013年 月 日

電話番号 ※本人と連絡のとれる番号(携帯電話可)をご記入ください。

- -

2013年 **7月22日(月)**

までに、同封の返信用封筒(切手不要)に入れて、ポストに投函してください。

1	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
2	日用品の買い物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	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
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	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
6	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
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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
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	6ヵ月間で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
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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14	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
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

質問の内容がわかりにくい場合は、裏面の「回答の選び方」をご参照ください。

健康チェック表の設問
に関するお問い合わせ

コールセンター  0120-931-967

通話無料／平日(土日・祝祭日除く)午前8時30分～午後5時
コールセンター開設期間 2013年7月2日(火)～7月31日(水)
※この健康チェック表は、アシスト株式会社に委託し実施しています。




記入のしかた



黒のボールペンで
回答してください。

はい いいえ

あてはまる方の四角を
塗りつぶしてください。

間違えて
塗りつぶした場合 


「×」を付けるなど、はっきりと
分かるように修正してください。

日

数字は枠内に右詰め
で記入してください。

16	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
17	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
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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
20	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
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がないと感じますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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りましたが	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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ますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えないことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがしますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
26	現在、病院・医院(診療所・クリニック)等に定期的に通院していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
27	膝の痛みはありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
28	腰の痛みはありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
29	(女性の方のみ回答)普段の生活の中で、尿がもれることがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
30	何か困ったときに、近所で頼れる人はいますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
31	高齢者支援センターを知っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
32	現在の家族構成はどれですか	<input type="checkbox"/> ①一人暮らし	<input type="checkbox"/> ②夫婦二人暮らし <input type="checkbox"/> ③その他
33	ここ1ヵ月間、ご自分の健康状態は いかがですか	<input type="checkbox"/> ①よい <input type="checkbox"/> ②まあよい <input type="checkbox"/> ③ふつう <input type="checkbox"/> ④あまりよくない <input type="checkbox"/> ⑤よくない	
34	地域活動に参加していますか (あてはまるもの全てに回答)	<input type="checkbox"/> ①自治会・町内会の行事・役員 <input type="checkbox"/> ②サークル・自主グループ <input type="checkbox"/> ③老人クラブ <input type="checkbox"/> ④ボランティア活動 <input type="checkbox"/> ⑤その他の活動 <input type="checkbox"/> ⑥参加していない <input type="checkbox"/> ⑦参加してみたい	

これで質問は終了です。ご協力ありがとうございました。

リサイクル適性 
この印刷物も、ご自身の紙へ
リサイクルできます。

【参考】回答の選び方

番号	質問項目	回答の選び方
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしでタクシーを利用したり、自分で自動車等を運転している場合は「はい」となります。
2	日用品の買い物をしていますか	電話の注文で済ませる場合は「いいえ」となります。日用品以外でも買い物をしている場合は「はい」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	銀行等の窓口手続も含め、本人の判断により管理をしている場合は「はい」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	電話での交流、家族や親戚の家への訪問は含みません。交流の場などに集まる場合は「はい」となります。
5	家族や友人の相談にのっていますか	会わずに電話だけで相談や愚痴を聞くなどの場合も「はい」となります。
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	時々つかまっている程度では「はい」となります。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すりを使っている場合は「いいえ」となります。
8	15分位続けて歩いていますか	屋内、屋外等の場所は問いません。家事・仕事等での歩行も「はい」となります。
12	身長・体重をご記入ください	体重は1ヵ月以内の値、身長は過去の測定値で差し支えありません。
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化がない場合は「いいえ」となります。
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出する回数が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均して回答してください。
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	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から言われることがない場合は「いいえ」となります。
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	誰かにたずねたり、短縮ダイヤルだけで電話を使用する場合は「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	月と日の一方しかわからない場合は「はい」となります。時間が多少かかっても月日がわかれば「いいえ」となります。
26	現在、病院・医院(診療所・クリニック)等に定期的に通院していますか	病名は問いません。
34	地域活動に参加していますか	参加する頻度や期間は問いません。あてはまるものが複数ある場合は、全て回答してください。

**回答
期限**

2013年**7月22日(月)**までに、同封の返信用封筒(切手不要)に入れて、ポストに投函してください。

健康維持への秘訣！

1

「健康チェック表」が届いたら、質問に回答して郵送でお送りください。



2

お送りいただいた内容を、国の判定基準に基づき分析します。健康を維持するための「結果アドバイス表」をお送りします。

3

健康維持ができている方は、「結果アドバイス表」を、いつまでも健康に生活していただくためにお役立てください。

健康に関して注意が必要な方は、「結果アドバイス表」に同封するチラシでおすすめる「介護予防教室」にぜひご参加ください。

4

「介護予防教室」では、転倒予防や栄養改善、お口の健康を保つプログラムを受講できます。



5

教室が終わる頃には、親しい仲間も増え、心身ともに元気を取り戻すことができます。



健康チェック表の回答を健康維持に生かしましょう！

1



2



3



4

