

様式第1号

# 仙台市豊齢力チェックリスト

チェックリスト実施日	年 月 日 ( )
チェックリスト実施機関	[ ] 地域包括支援センター 青葉・宮総・宮城野・若林・太白・秋保・泉
フリガナ	明・大・昭
被保険者氏名	生年月日 年 月 日 ( ) 歳

No.	質問項目 (右の回答欄のいずれかに○をつけてください)	【回答欄】			
1	バスや電車で1人で外出していますか(自分で自家用車を運転して外出する場合も含みます)	0.はい	1.いいえ		
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか(自分で窓口に行く等、ご自身の判断で金銭管理を行っていますか)	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(電話での相談も含みます)	0.はい	1.いいえ		
6	階段の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		
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	0.はい	1.いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか	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以上の体重の減少がありましたか	1.はい	0.いいえ		
12	BMIは18.5以上ですか ※体重( )kg÷身長( )cm÷身長( )cm×10,000=[ ]	0.はい	1.いいえ		
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		
14	お茶や汁物など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		
16	週に1回以上は外出していますか(近所への散歩も含みます)	0.はい	1.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	0.いいえ		
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」など、物忘れがあるといわれますか	1.はい	0.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	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		
26	お住まいの形態を一つ選んでください	一人暮らし	夫婦二人暮らし	その他	
27	ここ1年のうちに健康診断を受けましたか	はい	いいえ		
28	定期的に通院している病院はありますか	内科 歯科	整形外科 その他	精神科 なし	眼科
29	健康づくり・生きがいがづくり・仲間づくりのために何か集まりに参加していますか(ボランティア、サークル、老人会など)	はい	いいえ		
30	健康づくりのためにしていることはありますか	はい	いいえ		

同意欄	介護保険事業の適切な運営と今後の介護予防ケアマネジメントに活用するため、このチェックリストの結果を、仙台市、地域包括支援センター等関係する行政機関へ提供することに同意します。
	氏名 _____