

お名前

生年月日 大正・昭和 年 月 日

性別 男 女

| 類型名       | No | 質問文                                     | 回答                               |
|-----------|----|---|----------------------------------|
| 健康状態      | 1  | あなたの現在の健康状態はいかがですか                      | ①よい ②まあよい ③ふつう<br>④あまりよくない ⑤よくない |
| 心の健康状態    | 2  | 毎日の生活に満足していますか                          | ①満足 ②やや満足<br>③やや不満 ④不満           |
| 食習慣       | 3  | 1日3食きちんと食べていますか                         | ①はい ②いいえ                         |
| 口腔機能      | 4  | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか<br>※さきいか、たくあんなど | ①はい ②いいえ                         |
|           | 5  | 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                         |
| 体重変化      | 6  | 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか                | ①はい ②いいえ                         |
| 運動・転倒     | 7  | 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか                | ①はい ②いいえ                         |
|           | 8  | この1年間に転んだことがありますか                       | ①はい ②いいえ                         |
|           | 9  | ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか                 | ①はい ②いいえ                         |
| 認知機能      | 10 | 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの<br>物忘れがあるとされていますか | ①はい ②いいえ                         |
|           | 11 | 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                         |
| 喫煙        | 12 | あなたはたばこを吸いますか                           | ①吸っている ②吸っていない<br>③やめた           |
| 社会参加      | 13 | 週に1回以上は外出していますか                         | ①はい ②いいえ                         |
|           | 14 | ふだんから家族や友人と付き合いがありますか                   | ①はい ②いいえ                         |
| ソーシャルサポート | 15 | 体調が悪いときに身近に相談できる人がいますか                  | ①はい ②いいえ                         |