**元気アップ事業　　　　　　　　　　　　　【元気事前Ｇ１】**

様式４

今後の事業運営の参考にさせていただくため、質問票にご協力ください。

質問票の結果は、今後の事業見直し、保健政策等の資料にさせていただきます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 16 | バスや電車で１人で外出していますか(自家用車の運転でも可） | | いいえ | はい |
| 17 | 日用品の買物をしていますか | | いいえ | はい |
| 18 | 預貯金の出し入れをしていますか | | いいえ | はい |
| 19 | 友人の家を訪ねていますか | | いいえ | はい |
| 20 | 家族や友人の相談にのっていますか | | いいえ | はい |
| 21 | 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか | | いいえ | はい |
| 22 | 椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっていますか | | いいえ | はい |
| 23 | １５分位続けて歩いていますか | | いいえ | はい |
| 24 | 転倒に対する不安は大きいですか | | はい | いいえ |
| 25 | 口の渇きが気になりますか | | はい | いいえ |
| 26 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | | はい | いいえ |
| 27 | 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 | | いいえ | はい |
| 28 | 身長と体重を教えてください | 身長（　）ｃｍ | 体重　（　　　　　　）Ｋｇ | |
| 29 | あなたは現在、どの程度幸せですか？(「とても不幸」を0 点、「とても幸せ」を10 点として、ご記入ください)  とても不幸　　　　　 　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　とても幸せ ０点　　１点　　２点　　３点　　４点　　５点　　６点　　７点　　８点　　９点　　１０点 | | | |
| ＜元気アップ教室事前アンケート＞   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Ｑ１　今回の教室に参加した理由は何ですか？（すべてに〇）** | | | | | | 介護予防に関心があるから | 頭を使う機会を増やしたいから | 人と会話や交流をする機会を増やしたいから | 家族や友人等に誘われたから | その他 | | | | | |

その際、個人名を除いて結果をコンピューター等で統計処理し、個人のプライバシーを厳守いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **※ 　太枠内を**  **ご記入ください。** | | | 電話 |  | | | | | | 被保NO  **※75歳以上のみ** | | |  | | | | | |
| グループ名 | |  | | NO |  | | | | | CD | | |  | | | | | 5 |
| 氏名（カナ） | |  | | | 生年月日 | | | 昭和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | 性別 | 男　・　女 | | |
| 回答年月日 | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | 住んでいる  町名 | | | 豊田市　　　　　　　　　　　　　町 | | | | | | |  | | | |
| 1 | あなたの現在の健康状態はいかがですか | | | | | よい | | | まあよい | | | ふつう | | あまりよくない | | | よくない | |
| 2 | 毎日の生活に満足していますか | | | | | 満足 | | | | | やや満足 | | | やや不満 | | | 不満 | |
| 3 | １日３食きちんと食べていますか | | | | | | | | | | | | | いいえ | | | はい | |
| 4 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか　※さきいか、たくあんなど | | | | | | | | | | | | | はい | | | いいえ | |
| 5 | お茶や汁物等でむせることがありますか | | | | | | | | | | | | | はい | | | いいえ | |
| 6 | ６か月間で２～３ｋｇ以上の体重減少がありましたか | | | | | | | | | | | | | はい | | | いいえ | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | はい | | | いいえ | |
| 8 | この１年間に転んだことがありますか | | | | | | | | | | | | | はい | | | いいえ | |
| 9 | ウオーキング等の運動を週に１回以上していますか | | | | | | | | | | | | | いいえ | | | はい | |
| 10 | 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか | | | | | | | | | | | | | はい | | | いいえ | |
| 11 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | | | | | | | | | | | | | はい | | | いいえ | |
| 12 | あなたはたばこを吸いますか | | | | | | 吸っている | | | | | | | 吸っていない | | | やめた | |
| 13 | 週に１回以上は外出していますか | | | | | | | | | | | | | いいえ | | | はい | |
| 14 | ふだんから家族や友人と付き合いがありますか | | | | | | | | | | | | | いいえ | | | はい | |
| 15 | 体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか | | | | | | | | | | | | | いいえ | | | はい | |

【介護予防把握事業記入欄】（勧奨・把握した内容の当てはまる番号に〇をつけてください。重複可。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （１）健康診断 | １受診勧奨 | ２今年度受診済・予約済 | |  |
| （２）通いの場 | １参加勧奨 | ２参加中 | | |
| （３）介護認定 | １近く申請勧奨 | ２必要時申請勧奨　　　３申請済 | |  |
| （４）包括支援センター | １今回の実態把握をきっかけに支援開始 | | ２相談先として紹介 | |
| （５）医療機関 　 　１受診勧奨 ２ 受診済／受診中（　　　月、内容:  容：　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| （６）その他　　　　　　　　　　 １（具体的に ） | | | | |