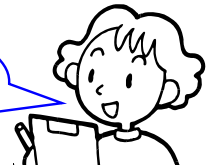


福山市 いきいき介護予防チェック票

2011年度（平成23年度）

フリガナ		性別	生年月日
名前		男・女	年 月 日生（歳）
住所	〒 -		電話番号

裏面（2枚目）の記入例を参考に「チェック1～3」の質問に回答を記入してください。「判定」で介護予防の必要性をご自身で確認できます。



市への返送用
※同封の返信用封筒で返送してください。

区分	番号	チェック項目	はい	いいえ	※
生活全般	①	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ	①～⑤ の合計 <input type="text"/> ア
	②	日用品の買物をしていますか	はい	いいえ	
	③	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ	
	④	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ	
	⑤	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ	
体力・運動	⑥	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	いいえ	⑥～⑩ の合計 <input type="text"/> イ
	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	はい	いいえ	
	⑧	15分以上続けて歩いていますか	はい	いいえ	
	⑨	この1年間に転んだことがありますか	いいえ	はい	
	⑩	転倒に対する不安は大きいですか	いいえ	はい	
栄養状態	⑪	6箇月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	いいえ	はい	⑪・⑫ の合計 <input type="text"/> ウ
	⑫	身長と体重を記入し、計算した数値(体格をあらわす指数)が18.5未満である (注)身長は「m」に換算して計算してください (例: 165cm ⇒ 1.65m) 体重 <input type="text"/> kg ÷ 身長 <input type="text"/> m ÷ 身長 <input type="text"/> m = <input type="text"/>	いいえ 18.5以上	はい 18.5未満	
お口の状態	⑬	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	いいえ	はい	⑬～⑮ の合計 <input type="text"/> エ
	⑭	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい	
	⑮	口の渇きが気になりますか	いいえ	はい	
外出の状況	⑯	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ	⑯・⑰ の合計 <input type="text"/> オ
	⑰	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	いいえ	はい	
もの忘れ	⑱	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されますか	いいえ	はい	⑱～⑳ の合計 <input type="text"/> カ
	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	はい	いいえ	
	⑳	今日が何月何日かわからない時がありますか	いいえ	はい	
うつ傾向	㉑	毎日の生活に充実感がない	いいえ	はい	㉑～㉕ の合計 <input type="text"/>
	㉒	これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	いいえ	はい	
	㉓	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	いいえ	はい	
	㉔	自分が役に立つ人間だと思えない	いいえ	はい	
	㉕	わけもなく疲れたような感じがする	いいえ	はい	

参加希望	㉖	いきいき介護予防教室に参加したいと思いますか	はい	いいえ
------	---	------------------------	----	-----

チェック 3
次に該当する場合は、□にチェックします。

「ア～カ」の合計数が
10以上ある

「イ」の数が
3以上ある

「ウ」の数が
2ある

「エ」の数が
2以上ある

判定

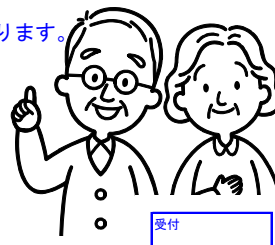
チェック3に、1つでも
☑チェックのある人は、
いきいきシニア
に該当します。

↓

いきいきと健康で充実した暮らしを続けるため、
いきいき介護予防教室
に参加して、介護予防をはじめましょう！

「いきいきシニア」に該当する人には、市から通知と担当の地域包括支援センターから連絡があります。ただし、連絡までに数箇月かかる場合があります。

早く教室へ参加したい人は、担当の地域包括支援センターへ直接ご相談ください。



照合	入力	判定	確認	点検	受付No.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>