

記入要領

- 赤字は、記入例です。記入例を参考にご記入ください。
- 本票は2枚複写となっています。回答は、ボールペンなどでしっかりとご記入ください。
- ご本人が回答できない場合は、本人承諾を得た家族の方が回答してもかまいません。
- 記入が済んだら、1枚目を同封の返信用封筒に入れてご返送ください。切手は不要です。2枚目は、本人控えとして大切に保管してください。
※「いきいきシニア」に該当しない場合も、必ず返送してください。
- 「チェック1」は「はい」か「いいえ」でお答えください。どちらか1つ、現在の自分の状態に最も一致するものを選んでください。

「チェック1→チェック2→チェック3」まで、順番に回答してください。「判定」では、介護予防の必要性をご自身で確認できます。

★各チェックの記入方法にそって、「チェック1」では「はい」か「いいえ」のいずれか、「チェック2」では※欄の○の合計数、「チェック3」では☑チェックマークを記入してください。

記入例

記入日、名前(フリガナ)、性別、生年月日、住所などをご記入ください。

★「電話番号」は、記入内容の確認や「いきいき介護予防教室」への参加のご案内をする際に必要となります。必ずご記入ください。

体格をあらゆる指数から栄養状態を確認します。
標準が「18.5～25.0」で、「18.5未満」だとやせ気味です。
数値は、おおよその値でかまいません。

★身長は、「m」に換算してください。

★計算が難しい場合は、体重と身長を記入するだけでもかまいません。

この項目は、「チェック3」の計算には含めませんが、「2以上」という傾向が心配されます。
介護予防サービスの利用にあたり、うつ傾向の改善がポイントになります。

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	フクヤマ タロウ	性別	男
名前	福山 太郎	生年月日	1936年 4月 1日生 (75歳)
住所	〒720-8501 福山市東桜町〇番〇号 いきいきマンション103号室	電話番号	084-900-0000
記入日	2011年 4月 5日		

区分	番号	チェック項目	チェック1	※	チェック2	チェック3	判定
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 1 ア	<input type="checkbox"/>	「ア～カ」の合計数が10以上ある <input type="checkbox"/>
	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 3 イ	<input checked="" type="checkbox"/>	「イ」の数が3以上ある <input checked="" type="checkbox"/>
	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カ月間で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 1 ウ	<input type="checkbox"/>	「ウ」の数が2ある <input type="checkbox"/>
	⑫	身長と体重を記入し、計算した数値(体格をあらゆる指数)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 50.0kg ÷ 身長 1.65m ÷ 身長 1.65m = 18.4	18.5以上	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 2 エ	<input type="checkbox"/>	「エ」の数が2以上ある <input checked="" type="checkbox"/>
	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 0 オ	<input type="checkbox"/>	「オ」の数が2以上ある <input type="checkbox"/>
	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 1 カ	<input type="checkbox"/>	「カ」の数が2以上ある <input type="checkbox"/>
	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 2	<input type="checkbox"/>	「カ」の数が2以上ある <input type="checkbox"/>
	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	以前は案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えますか	はい	いいえ		<input type="checkbox"/>	

市への返送用
※同封の返信用封筒で返送してください。

「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 **記入不要**