

いきいきチェック票



氏 名	(男 ・ 女)	生年月日	昭和	年	月	日
町内会名	※町内会名は必ずご記入をお願いします。		電話番号			

【回答欄のあてはまるものに○をつけてください。】

記入日	令和	年	月	日	●現在の様子をうかがうものですので、深く考えずに、主観にもとづきお答えください。 ●できるだけ記入もれのないように、ご協力をお願い致します。				
No.	質 問 項 目				回 答 欄				
☆	現在同居している家族は、ご自身を含め何人ですか				人				
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				はい	いいえ			
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カ月間で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	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか				はい	いいえ			
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されていますか				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				はい	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				はい	いいえ			
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか				はい	いいえ			

裏面へ続く ➡

No.	質 問 項 目	回 答 欄	
16	健康づくり・仲間づくりを目的に、何か集まりに参加していますか	は い	いいえ
17	現在、働いていますか	は い	いいえ
18	令和5年度に健診(職場健診・人間ドックを含む)を受けましたか	は い	いいえ
19	定期的にかかりつけ医で検査・治療を受けていますか	は い	いいえ
20	年に1回以上、歯科医を受診していますか	は い	いいえ

※4月1日(火)までに代表者の方へ提出してください。

※これは介護予防を目的に厚生労働省のガイドラインに基づき作成されたものです。
結果は滑川市が管理し、身体や心の衰えを予防する取り組み(介護予防事業等)に活用します。



質問は以上です。
ご協力いただき、ありがとうございました。

記入いただいたチェック表は、代表者の方へ提出をお願いします。
結果により、必要な方には介護予防教室などのご案内をさせていただく場合があります。