

# からだところこの元気度（生活機能）をチェックしてみましょう！

\*印に該当の場合は、「元気度の低下」が心配されます。

介護保険被保険者番号

10

今後の目標は( )です 89


1	日常生活の状況	バスや電車で1人で外出していますか <span style="float: right;">40</span>	O. はい	1. いいえ	<b>*1~20の10点以上は要注意</b>		
2		日用品の買物をしていますか <span style="float: right;">41</span>	O. はい	1. いいえ			
3		預貯金の出し入れをしていますか <span style="float: right;">42</span>	O. はい	1. いいえ			
4		友人の家を訪ねていますか <span style="float: right;">43</span>	O. はい	1. いいえ			
5		家族や友人の相談にのっていますか <span style="float: right;">44</span>	O. はい	1. いいえ			
6	足腰の状況	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか <span style="float: right;">45</span>	O. はい	1. いいえ	<b>*3点以上は要注意</b>		
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 <span style="float: right;">46</span>	O. はい	1. いいえ			
8		15分位続けて歩いていますか <span style="float: right;">47</span>	O. はい	1. いいえ			
9		この1年間に転んだことがありますか <span style="float: right;">48</span>	1. はい	O. いいえ			
10		転倒に対する不安は大きいですか <span style="float: right;">49</span>	1. はい	O. いいえ			
11	栄養状況	6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか <span style="float: right;">50</span>	1. はい	O. いいえ	<b>*2点以上は要注意</b>		
12		身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg BMI = <input type="text"/> BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) <span style="float: right;">59</span>	1.18.5未満	O.18.5以上			
13	お口の状況	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか <span style="float: right;">60</span>	1. はい	O. いいえ	<b>*2点以上は要注意</b>		
14		お茶や汁物等でむせることがありますか <span style="float: right;">61</span>	1. はい	O. いいえ			
15		口の渇きが気になりますか <span style="float: right;">62</span>	1. はい	O. いいえ			
16	閉じこもり	週に1回以上は外出していますか <span style="float: right;">63</span>	O. はい	1. いいえ	<b>*16が「いいえ」は要注意</b>		
17		昨年と比べて外出の回数が減っていますか <span style="float: right;">64</span>	1. はい	O. いいえ			
18	もの忘れ	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などのもの忘れがあるとされますか <span style="float: right;">65</span>	1. はい	O. いいえ	<b>*1点以上は要注意</b>		
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 <span style="float: right;">66</span>	O. はい	1. いいえ			
20		今日が何月何日かわからない時がありますか <span style="float: right;">67</span>	1. はい	O. いいえ			
21	ここ2週間の気持ち	毎日の生活に充実感がない <span style="float: right;">68</span>	1. はい	O. いいえ	<b>*2点以上は要注意</b>		
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 <span style="float: right;">69</span>	1. はい	O. いいえ			
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 <span style="float: right;">70</span>	1. はい	O. いいえ			
24		自分が役に立つ人間だと思えない <span style="float: right;">71</span>	1. はい	O. いいえ			
25		わけもなく疲れたような感じがする <span style="float: right;">72</span>	1. はい	O. いいえ			
26	その他	健康状態についてお尋ねします。 <span style="float: right;">73</span>	1. よい	2. まあよい	3. ぶつう	4. あまりよくない	5. よくない
27		介護予防事業への参加を希望しますか <span style="float: right;">74</span>	1. ぜひ希望する	2. 興味はある	3. いまのところ興味がない	4. すでに参加している	

\*印に該当の場合は2枚目に記載の上、いきいき支援センターにご相談ください。センターNo. (センター記入)

# わたしのカルテ

二次予防事業対象者用

※ これは、いきいき支援センターとみなさまをつなぐ大切な情報となりますので、できるかぎり記入してください。注) いきいき介護予防事業(二次予防事業対象者用)は、要支援・要介護認定を受けている場合や認定申請中の場合は参加できません。

記入日	年 月 日 ( )		介護保険被保険者番号			
現在の状況	在宅・入院又は入所中 ( )		要介護認定	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない		
フリガナ		男・女	明治 大正 昭和	年 月 日生	( ) 歳	
住所			電話 ( )	FAX ( )		
年金や障害者手帳など	年金(国民・厚生・共済・遺族・障害・その他( )) 生活保護 障害者手帳(身体・その他) ( 級・度) その他( )					
住居環境	一戸建て・集合住宅の( )階に住んでいます。(エレベーター あり・なし)					
主治医名	医療機関名 (診療科) 医師名 ( ) 電話 ( )					
治療中の病気など *該当に○を付けてください	治療中の病気(がん 心臓病 脳梗塞 高血圧 糖尿病 骨折 肝炎 その他 ) 既往歴(がん 心臓病 脳梗塞 高血圧 糖尿病 骨折 肝炎 その他 )					
家族の状況 (緊急連絡先に◎) ( 人暮らし)	氏名	続柄	連絡先	住所		
1日の生活・すごし方		 趣味・楽しみ・特技等		*「センター等記入欄」 参加事業名・期間・回数等		
【時間】	【すごし方】	趣味・楽しみ：		事業参加が必要な理由等  教室参加の医師判断 可・不可 (運動機能向上事業等) 区 部いきいき支援センター 担当者名 ( )		
起床 ( : )	( )	特技・職業歴など：				
朝食 ( : )	( )	最近(ここ数年)、				
昼食 ( : )	( )	始めたこと [ ]				
夕食 ( : )	( )	辞めたこと [ ]				
就寝 ( : )	( )					

本人及び家族は、「いきいき支援センター」が本書・介護予防支援計画書等の本人及び家族に関する個人の記録を、介護予防事業等の実施及び緊急時の安否確認において必要な範囲で関係する者(主治医、事業者、行政等)に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印