

太枠の中をご記入ください。

回答年月日	令和 年 月 日				
住所					
カナ 氏名					同居者
					無 有（配偶者・子・他）
生年月日・年齢	大正・昭和 年 月 日（ 歳）				
電話番号					
身長・体重	身長		cm	・	体重 kg

NO	質問	回答 (あてはまるもの1つに、○をつけてください)				
		よい	まあよい	ふつう	あまりよくない	よくない
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（さきいか、たくあんなど）が食べにくくなりましたか	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 (加熱式たばこや、電子たばこを含む)	吸っている	吸っていない			
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	体調が悪い時に、身近に相談できる人がいますか	はい	いいえ			
16	お酒を飲む頻度はどのくらいですか	毎日	時々	ほとんど飲まない		
17	(ここ1年間)健康診断を受けましたか	はい	いいえ	直近の受診 ( 年 月頃)	次回の予定 ( 年 月頃)	
18	(ここ1年間)歯科医院を受診(治療・検診を含む)しましたか	はい	いいえ	直近の受診 ( 年 月頃)	次回の予定 ( 年 月頃)	

※記入して頂いた内容により、健康に関する事業のご案内や、電話・訪問による健康相談を行うことがあります。  
 また、記入して頂いた内容を、市が委託した事業者へ提供する場合があります。情報提供にあたっては、千葉県個人情報保護条例に基づき適切に管理し、目的以外に利用することはありません。  
 記入結果は集計され、公表される場合があります。名前などの個人情報は一切公表されません。

以下は記入しないでください

実施会場・事業名			
計測	握力	未実施・実施	右 1回目 kg、 2回目 kg 左 1回目 kg、 2回目 kg
	通常歩行速度 (5 m)	未実施・実施	補助具使用 (有・無) 秒
	血圧	未実施・実施	/ mmHg
当日個別相談	未実施・実施	保看・栄・歯 (実施者)	( )
今後の継続支援	無・有	保看・栄・歯・他 ( )	( )
自由記載			