

# 高齢者の質問票

行政区：

通いの場 ・ 個別 (対応者 )

氏名：

様

生年月日：T・S

年

月

日

No	質問文	回答
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない
2	毎日の生活に満足していますか	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや満足 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満
3	1日3食をきちんと食べていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 言われていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸っている <input type="checkbox"/> 吸っていない <input type="checkbox"/> やめた
13	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

## オーラルフレイルチェック

半年前と比べて、堅い物が食べにくくなった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
お茶や汁物でむせることがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
義歯を入れている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
口の乾きが気になる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
半年前と比べて、外出が少なくなった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
さきいか・たくあんくらいの堅さの食べ物を噛むことができる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
1日に2回以上、歯を磨く	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
1年に1回以上、歯医者に行く	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
ご自分の歯の数は何本ですか	本	