

|  |             |   |   |   |     |
|--|-------------|---|---|---|-----|
| 住所   |             |   |   |   |     |
| 受診者氏名  |             |   |   |   |     |
| 受診番号   | 1 明・2 大・3 昭 | 年 | 月 | 日 | 歳   |
|  |             |   |   |   | 男・女 |
| 介護予防的の必要があるときは、成人健康診査券・基本チェックリストを、新宿区高齢者サービス課を通じて、地域包括支援センター、保健センター及びその他必要な機関で関係者に提示することに同意します。<br>平成 年 月 日 本人署名 |             |   |   |   |     |

| 質問項目 | 12番以外、成人健康診査を受ける前に必ずご記入ください。   | 回答欄<br>いずれかに○をしてください                                     |
|------|--|--|
| 1    | バスや電車で1人で外出していますか  | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 2    | 日用品の買い物をしていますか   | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 3    | 預貯金の出し入れをしていますか  | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 4    | 友人の家を訪ねていますか   | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 5    | 家族や友人の相談にのっていますか   | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 6    | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか  | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 8    | 15分位続けて歩いていますか   | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 9    | この1年間に転んだことがありますか  | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 10   | 転倒に対する不安は大きいですか  | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 11   | 6か月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか   | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 12   | BMIが18.5未満ですか<br>*BMI: 体重kg÷身長m×身長m = $\frac{70}{1.60} \cdot \frac{60}{1.60}$ (医療機関で記入)<br>(18.5未満) (18.5以上) | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 13   | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか  | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 14   | お茶や汁物等でむせることがありますか   | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 15   | 口の温気が気になりますか   | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 16   | 週1回以上は外出していますか   | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 17   | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか  | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 18   | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れが言われますか   | はい <input type="checkbox"/> いいえ <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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 20   | 今日が何月何日かわからない時がありますか   | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 21   | (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない  | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 22   | (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなつた  | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 23   | (ここ2週間)以前は楽に出来ていたことが今ではおつらくうに感じられる   | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 24   | (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない   | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 25   | (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする。   | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |

| 回答欄結果                 | 該当する項目<br>ご記入を<br>ご記入ください。                      | 総合的<br>(17項目以上該当) |
|-----------------------|---|-------------------|
| 1〜5の質問で<br>の回答数       | 1〜5の質問で<br>の回答数                                 | 総合的<br>(17項目以上該当) |
| 6〜10の質問で<br>の回答数      | 運動器の<br>機能向上<br>(6〜10にすべて該当)                    |                   |
| 11と12の<br>質問で<br>の回答数 | 栄養改善<br>(11と12両方に該当<br>またはフルラミン)<br>(3.5g/dl以下) |                   |
| 13〜15の<br>質問で<br>の回答数 | の向上<br>(13〜15すべて該当)                             |                   |
| 16と17の<br>質問で<br>の回答数 | 防犯<br>の向上<br>(16に該当)                            |                   |
| 18〜20の<br>質問で<br>の回答数 | 認知症の<br>予防支援<br>(18〜20のうち<br>いずれかに該当)           |                   |
| 21〜25の<br>質問で<br>の回答数 | 予防支援<br>(21〜25で2項目<br>以上に該当)                    |                   |
| / 5                   | / 5   |                   |

以下は医療機関で記入します

| 理学検査  |
|---|
| 打聴診 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )<br>視診(口腔内を含む) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )<br>触診(関節を含む) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ( )<br>反復唾液嚥下テスト (質問事項13〜15にすべて該当した時実施する)<br>(30秒間に) <input type="checkbox"/> 3回以上 <input type="checkbox"/> 3回未満 |

総合判定

1生活機能は良好ですので、改善のための教室に参加する必要はありません。 82

2生活機能の低下がみられ、改善のための教室参加を  
おすすめます。  
医学的管理からの注意事項

3生活機能の低下が認められますが、改善のための教室参加より医療を優先しなければなりません。

(参考)  
改善のための教室には…

- 転倒予防教室 ・筋力向上トレーニング教室
- 水中運動教室 ・食事で元気回復教室
- 摂食・嚥下老化予防教室 などがあります。

\*この診査券により受診された場合、新宿区のコンピュータ等に記録・保存されます。

新宿区処理欄 83 1あり 2なし

19成人2 R270