

八王子健康アンケート

次の各質問について、該当する回答に○をしてください。

	質問項目	回答(いずれかに○)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	いいえ
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	いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか	はい	いいえ
12	現在の身長と体重を教えてください	身長(cm)	体重(kg)
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	いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
15	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	はい	いいえ
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	いいえ
20	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
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ
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った	はい	いいえ
23	(ここ2週間)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	はい	いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	はい	いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	はい	いいえ
26	定期的に健康診断(健康診査)をうけていますか。	はい	いいえ
27	かかりつけのお医者さんはいますか	はい	いいえ

	質問項目	回答(いずれかに○)	
28	定期的に通院していますか (どんな症状で通院していますか) ※複数選択可(該当する□に✓を記入)	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(COPD など) <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 通院していない	
29	1日何種類のお薬を飲んでいますか	・(数字) (____)種類くらい ・飲んでいない	
30	1日にどのくらい水分をとっていますか。	・コップ(約200ml) (____)杯くらい	
31	楽しみや生きがいを教えてください。 (これからはじめてみたいものでも可) ※複数選択可(該当する□に✓を記入)	<input type="checkbox"/> 趣味活動(運動、体操以外) <input type="checkbox"/> 運動、体操 <input type="checkbox"/> ボランティア <input type="checkbox"/> 高齢者サロン <input type="checkbox"/> 家族や友人との交流 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 始めたいが何をしたいかわからない <input type="checkbox"/> 特にない	
32	新型コロナウイルス感染拡大防止による 自粛生活で、あなたの暮らしや気持ちに どのような変化がありましたか。 (自粛前と現在の違いを教えてください。) ※複数選択可(該当する□に✓を記入)	<input type="checkbox"/> あなた、もしくはあなたの家族で 生活に介護(介助)が必要になった <input type="checkbox"/> 運動(1日10分以上)をしなくなった <input type="checkbox"/> 週に1回以上笑わなくなった <input type="checkbox"/> 寝つきが悪くなった <input type="checkbox"/> 歩く速さが遅くなった <input type="checkbox"/> 横になる、座っている時間が増えた <input type="checkbox"/> 体の痛みでできないことが増えた	
33	スマートフォンを使用していますか。	はい	いいえ
34	後日、介護の専門職に相談したいことはあります か。 (緊急の場合は、直接お近くの「高齢者あんし ん相談センター」へご相談ください。)	はい	いいえ
35	回答者の個人情報について、必要な支援につ なぐ場合に限り、高齢者あんしん相談センター と共有することに同意します。	はい	いいえ

これで質問は終了です。ご協力いただき、ありがとうございました。

アンケート部分を切り取り、同封の返信用封筒(切手不要)に入れて、令和2年9月28日(月)までに
ポストに投函してください。