

NO.	質問項目	回答：いずれかに○ をお付けください。	
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以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ
12	身長 cm 体重 kg (注) こちらの記載は不要です (BMI =)		
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言われますか	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

介護保険認定状況	確認欄
1 なし	
2 あり（要介護・要支援・事業対象者）	

※ 緊急連絡先は、必ずご記入ください。（なるべく携帯電話の番号を記入してください。）

※ 住所は、別居の場合のみお書きください。

緊急連絡先	氏 名	続柄	同居の有無	電 話	住 所（別居の場合のみ）
			1 同居 2 別居		
			1 同居 2 別居		
			1 同居 2 別居		
			1 同居 2 別居		
申請理由	1 他者との交流を図るため 2 健康の維持向上のため 3 閉じこもり防止のため 4 介護予防を図るため 5 その他（具体的に）				
生活の状況	老人クラブ等への所属	1 あり（団体名：） 2 なし			
	近所付き合い	1 週（）回 2 月（）回 3 挨拶程度 4 なし 5 転入して来たばかりでわからない（ 年 月 転入）			
	外出頻度	1 週（）回 2 月（）回 3 年に数える程度 4 ほとんどない			
	趣味・楽しみ	1 ある（具体的に：） 2 特にない			

身体状況	疾病	1 ある 病名： 状態： 2 ない
	主治医	病院名： 所在地： 電話番号： 担当医師名： 通院： ① 月に（ ）回 ② 週に（ ）回 ③ その他（ ）
	移動 (歩行)	1 支障なし 2 （ ）分程度は歩ける 3 その他（ ）
	歩行補助用具	1 使用なし 2 使用あり（杖など）

※ 裏面（健康長寿チェックシート）もご記入ください。