



# 文京区

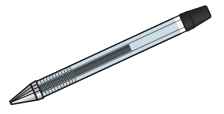
## 健康質問調査票

(基本チェックリスト)

### 記入の前にご確認ください！

- 1この「健康質問調査票」は、宛名のご本人が回答してください。  
ご本人が記入するのが難しい場合は、ご家族など周りの方がご本人に質問を聞きながら、  
代筆でご回答ください。  
※現在、病気やけがで入院中または施設入所中の方などは、治療等を優先していただくため、  
今回の提出は不要です。
- 2「健康質問調査票」は、以下のことに注意して記入してください。

記入のしかた



黒のボールペンで回答する。

塗り方の見本

☒ はい ☐ いいえ

☒ はい ☐ いいえ

あてはまる方の四角の中を塗りつぶす。四角の中に入っていれば、全てを塗りつぶさなくてもよい。

間違えた場合



「×」を付けるなど、はっきりわかるように修正する。

体重

60

kg

数字は枠内に右詰めで記入する。

記入状況によっては結果が出せない場合がありますのでご注意ください。

- 3ご回答後、「健康質問調査票」のみを同封の返信用封筒（切手不要）に入れ、  
**令和7年5月29日（木）**までに返送してください。

★はじめに、青枠内にご記入ください。

氏名

本調査により生活機能に低下がみられる方には、高齢者あんしん相談センター※から短期集中予防サービスをご案内します。そのため、区から高齢者あんしん相談センターに情報提供を行いますが、よろしいですか？

☐ はい ☐ いいえ

皆さまの健康維持のため、「はい」の塗りつぶしをお願いいたします。

※高齢者あんしん相談センターは、区が設置する高齢者のための相談窓口である地域包括支援センターの愛称です。区と合同で介護予防事業に取り組んでいます。

回答日

令和 年 月 日

電話番号

※宛名ご本人の電話番号をご記入ください（携帯電話可）

- -

★ 続いて、1～40の質問にお答えください。質問は3ページ分あります。

|    |                                                                            |                                                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1  | バスや電車で1人で外出していますか<br>※自家用車の運転でも可                                           | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2  | 日用品の買物をしていますか<br>ご本人が実際に買い物をしているかどうかで判断してください。                             | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3  | 預貯金の出し入れをしていますか<br>ご本人が実際に預貯金の出し入れをしているかどうかで判断してください。                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4  | 友人の家を訪ねていますか                                                               | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5  | 家族や友人の相談にのっていますか                                                           | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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                                                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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                                               | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8  | 15分位続けて歩いていますか<br>散歩などで歩くことが可能であれば「はい」とお答えください。                            | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 9  | 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 |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか                                                            | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 11 | 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 |
| 12 | 身長・体重をご記入ください<br>※おおよそでかまいません。                                             | 身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> 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                                                    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 14 | 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 |
| 15 | 口の渇きが気になりますか                                                               | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 16 | 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 |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか                                                        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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るか                                           | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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<br>電話機に登録されている番号を呼び出して電話をかけている場合も「はい」とお答えください。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか<br>カレンダー等を見たり、少し考えて思い出すことができれば「いいえ」とお答えください。          | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 21 | (ここ2週間で) 毎日の生活に充実感がない                                                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 22 | (ここ2週間で) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった                                          | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 23 | (ここ2週間で) 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                                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 24 | (ここ2週間で) 自分が役に立つ人間だと思えない                                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 25 | (ここ2週間で) わけもなく疲れたような感じがする                                                  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

裏面にも質問は続きます



|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                            |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 26   | この3か月で1週間以上にわたる入院をしましたか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                   |
| 26-2 | <p>「はい」とご回答された方にのみおうかがいします。<br/>「はい」とご回答された理由は何ですか。<u>あてはまるものすべてにお答えください。</u></p> <p><input type="checkbox"/> 重い高血圧、脳卒中のため（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血を含む）<br/><input type="checkbox"/> 心臓病のため（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞を含む）<br/><input type="checkbox"/> 糖尿病、呼吸器疾患などのため<br/><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため<br/><input type="checkbox"/> その他（具体的にご記入ください）</p> <div></div> |                                                                                            |
| 27   | かかりつけの医師などから「運動を含む日常生活を制限」されていますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                   |
| 27-2 | <p>「はい」とご回答された方にのみおうかがいします。<br/>「はい」とご回答された理由は何ですか。<u>あてはまるものすべてにお答えください。</u></p> <p><input type="checkbox"/> 重い高血圧、脳卒中のため（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血を含む）<br/><input type="checkbox"/> 心臓病のため（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞を含む）<br/><input type="checkbox"/> 糖尿病、呼吸器疾患などのため<br/><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため<br/><input type="checkbox"/> その他（具体的にご記入ください）</p> <div></div> |                                                                                            |
| 28   | この6か月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                   |
| 29   | 重い高血圧（収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上）<br>ありますか<br><small>収縮期血圧は「最高血圧」、拡張期血圧は「最低血圧」です。</small>                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> わからない |
| 30   | 糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは<br>低血糖発作などがあると指摘されていますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> わからない |
| 31   | この1年間で心電図に異常があるといわれましたか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> わからない |



|    |                                    |                                                          |
|----|------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 32 | 家事や買物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか         | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 33 | この1か月以内に急な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

問34～38の設問では、既に活動をされている場合も「はい」とお答えください。

|    |                                                                             |                                                          |
|----|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 34 | 足腰の衰えを予防するための取り組みをしてみたい                                                     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 35 | 口の機能や肺炎の予防のための取り組みをしてみたい                                                    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 36 | 栄養と体力の改善のための取り組みをしてみたい                                                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 37 | 認知症予防のために脳機能を高める取り組みをしてみたい                                                  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 38 | 気のあった人たちと仲間づくりをしてみたい                                                        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 39 | 意識的に社会参加をしていますか<br><small>（社会参加の例）様々な地域活動への参加、仲間とおしゃべり、ボランティア活動など</small>   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 40 | 地域活動の情報を知りたいですか<br><small>（地域活動の例）地域の人が集える居場所、介護予防のための体操、ボランティア活動など</small> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

これで質問は終了です。ご回答ありがとうございました。

同封の返信用封筒で「健康質問調査票」のみを  
**令和7年5月29日（木）** までに返送してください。

結果は7月上旬に郵送いたします。

お問合せ先

文京区高齢福祉課 介護予防係  
電話：03-5803-1209

