被保険者のあなたに

●生活機能をチェック☑

質　問	は　い	いいえ
1．バスや電車で１人で外出していますか		
2．日用品の買い物をしていますか		
3．預貯金の出し入れをしていますか		
4．友人の家を訪ねていますか		
5．家族や友人の相談にのっていますか		
6．階段を手すりや壁につたわらずに昇っていますか		
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		
8．１５分くらい続けて歩いていますか		
9．この１年間に転んだことがありますか		
10．転倒に対する不安はありますか		
11．６か月間で２～３kg以上の体重減少がありましたか		
12．身長　　cm　体重　　kg　（ＢＭＩ　　）（注）		
13．半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか		
14．お茶や汁物等でむせることがありますか		
15．口の渇きが気になりますか		
16．週に１回以上は外出していますか		
17．昨年と比べて外出の回数が減っていますか		
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		
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		
20．今日が何月何日かわからない時がありますか		
（21～25はここ２週間のことを振り返ってチェックしてください）		
21．毎日の生活に充実感がない		
22．これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった		
23．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		
24．自分が役に立つ人間だと思えない		
25．わけもなく疲れたような感じがする		

（注）ＢＭＩ〔＝体重（kg）÷　身長（m）÷身長（m）〕が１８．５未満の場合に該当とする。

ピンクの箇所にチェックが入った場合、運動機能の低下、閉じこもり、口腔機能の低下、低栄養、認知症、うつなど、何らかの生活機能の低下が心配されます。地域包括支援センターや保健センター、主治医等に一度相談してみましょう。