

事前問診票

以下の内容をよく読んで、了承いただけましたら、左端の□に☑をお願い致します。

□ 測定結果を、個人情報を使用せず、シニアプラザながしまの研究発表に使用することに同意致します。

□ 測定データのみを、国立長寿研究所（愛知県大府市）に提供することに同意致します。

◆ご本人について

氏名： _____

住所（長島町以下のみ）： _____ 電話番号： _____

生年月日 M・T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別 男性 ・ 女性

教育年数 _____ 年（例：小学校6年、中学校3年、高校3年、専門学校2年の場合=14年）

要介護認定 なし ・ あり ・ 不明

要支援 1 ・ 2

要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 不明

◆病歴（いま現在治療中、もしくは過去に診断された病気）について、あてはまるものを選んでください。

・脳卒中（脳出血・脳梗塞・くも膜下出血） なし ・ あり ・ 不明

・パーキンソン病 なし ・ あり ・ 不明

・うつ病 なし ・ あり ・ 不明

・認知症 なし ・ あり ・ 不明

・軽度認知症（MCI） なし ・ あり ・ 不明

・その他の脳の病気 なし ・ あり ・ 不明

◆次の質問にお答えください

次の日常生活の動作を自分で行えていますか（できますか）

・食事 できる ・ できない

・整容（円面、整髪など） できる ・ できない

・歩行 できる ・ できない

・入浴 できる ・ できない

・階段昇降 できる ・ できない

◆フレイル判定

1. 6ヶ月間2～3kgの体重減少がありましたか いいえ ・ はい

2. （ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする いいえ ・ はい

3. 軽い運動・体操を、1週間に何日くらいしていますか

毎日 ・ 5～6日 ・ 2～4日 ・ 1日以下 ・ していない

4. 定期的な運動・スポーツを。1週間に何日くらいしていますか

毎日 ・ 5～6日 ・ 2～4日 ・ 1日以下 ・ していない

5. 身長 _____ cm 6. 体重 _____ kg

以下、測定スタッフ使用欄（記入不要）

ID (9桁) :

PW (4桁) :

握力: _____ kg 5m歩行 1回目: _____ 秒 2回目: _____ 秒

2ステップテスト 1回目: _____ 2回目: _____ ÷身長 _____ = _____

以下の内容を聞き取り☑をする。

□ 半年後（7月頃）予定の再検査を希望（事前連絡を希望）します。

□ 教室無料パスポート兼歩数計、無料貸し出しキャンペーンについて、詳しく聞いてみたい。