



# 栄養・食習慣チェック

## ◆栄養の質問◆ ※あてはまるもの一つに☑をつけてください。

直近の6カ月間で2kg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
1日3食きちんと食べていますか？
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 時々、欠食する <input type="checkbox"/> いいえ
食事の時には、たんぱく質を多く含む食品(肉、魚、卵、大豆製品、牛乳など)を食べていますか？
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 時々、食べていない <input type="checkbox"/> いいえ

## ◆10の食品チェック◆

最近1週間をふりかえて、下記の10種類の食品をほぼ毎日食べていましたか？

※食べていた場合は右欄に☑をつけてください。ほぼ毎日食べていた場合を1点として数えます。

肉(肉、ハムやソーセージ等の加工品)	<input type="checkbox"/>	緑黄色野菜(にんじん、ほうれんそう、かぼちゃ、トマト、ブロッコリー等)	<input type="checkbox"/>
魚(魚・貝、かまぼこ・ちくわ等の加工品)	<input type="checkbox"/>	海藻(わかめ、ひじき、昆布、のり等)	<input type="checkbox"/>
卵(鶏卵、うずら等の卵) * 魚の卵は除く	<input type="checkbox"/>	いも(じゃがいも、里いも、さつまいも等)	<input type="checkbox"/>
大豆(豆腐、納豆、厚揚げ等)	<input type="checkbox"/>	果物(りんご、みかん、いちご、バナナ等)	<input type="checkbox"/>
牛乳(牛乳、ヨーグルト、チーズ)	<input type="checkbox"/>	油を使った料理(炒め物、揚げ物、バター・マーガリン等)	<input type="checkbox"/>
☑ がついた数	点		

わたしの目標設定

会場名: \_\_\_\_\_

実施日: 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日( \_\_\_\_ 回目)

## ◆基本情報◆ ※あてはまるもの一つに☑をつけてください。

ふりがな	生年 月日	明治☐ 大正☐ 昭和☐ 年 月 日( ____ 歳)	性別	男 ☐ 女 ☐	介護度
お名前					

現在治療中、または経過観察中の病気はありますか？

特になし  あり(あてはまるもの全てに○をつけてください↓)

高血圧症、糖尿病、脂質異常症、脳血管疾患、心臓疾患、貧血、骨粗鬆症、  
整形外科疾患、その他の病気( \_\_\_\_\_ )

現在、気になる症状はありますか？

特になし  あり(あてはまるもの全てに○をつけてください↓)

胸の圧迫感、動悸、息切れ、肩こり、腰痛、膝痛、不眠、手・足のしびれ、  
めまい、頭痛、立ちくらみ、耳鳴り、下痢、便秘、腹が張っている、  
調子が悪い、見えにくい、その他の症状( \_\_\_\_\_ )

現在、薬や注射を使用していますか？

特になし  あり(下記①②の問いにお答えください↓)

→①使用している薬や注射全てに○をつけてください↓  
血圧を下げる薬 ・ 血糖を下げる薬又はインスリン注射等(糖尿病の薬) ・  
ルソールや中性脂肪を下げる薬 ・ 睡眠剤 ・ 安定剤 ・ その他( \_\_\_\_\_ )

→②お薬や注射は医師・薬剤師の指示どおり使用していますか？ →  いいえ  はい



現在、入れ歯を使用していますか？

いいえ  はい

「聞こえ」について、下記の4つの質問にお答えください。

テレビやラジオの内容が分かりにくいときがある →  いいえ  はい

にぎやかな場所での会話は聞こえにくいときがある →  いいえ  はい

電話での会話が聞こえにくいときがある →  いいえ  はい

大きな話し声をうるさく感じる時がある →  いいえ  はい

※ここからはスタッフが記入します。

## ◆身体測定◆

身長	_____ cm	体重	_____ kg	BMI	_____
握力	(利き手で測定) _____ kg	ふくらはぎ 周囲長	(利き足でない足で測定) _____ cm	体幹筋力 * ボディ筋使用	_____ 点

\* 身長・体重・ふくらはぎ周囲長は小数点第1位まで記載  
【個人情報の取扱いについて】①個人が特定されない形で事業報告、調査研究などに使用いたします。②ご提供いただいた個人情報は、使用目的以外には使用いたしません。

# 健康チェック



## ◆健康づくり全般の質問◆ ※あてはまるもの一つに☑をつけてください。

健康	あなたの現在の健康状態はいかがですか？
	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない
運動	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか？（横断歩道を青信号の間に渡れない等）
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか？
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
こころ	毎日の生活に満足していますか？
	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや満足 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満
	今日が何月何日かわからない時がありますか？
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	下の図形を正確にそのまま右側の空欄に書き写してください
社会参加	最近の1週間あたりの外出頻度はどれくらいですか？
	<input type="checkbox"/> 1日1回以上 <input type="checkbox"/> 2, 3日に1回 <input type="checkbox"/> 1週間に1回以下
	最近の1週間で、家族や友人と出会いましたか？
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか？
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
行動	あなたは、生活習慣を改善してみようと考えていますか？
	<input type="checkbox"/> 生活習慣に問題はないため改善する必要はない
	<input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
	<input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)
	<input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりである
	<input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内)
	<input type="checkbox"/> 関心はあるが改善するつもりはない
<input type="checkbox"/> 改善することに関心がない	

# お口の元気度チェック



## ◆お口の質問◆ ※あてはまるものに○をつけてください。

	質 問	よくある	時々	めったにない
1	口が乾きやすい	1	2	3
2	舌がもつれる(しゃべりにくい)	1	2	3
3	食べこぼす	1	2	3
4	硬いものが食べにくい	1	2	3
5	お茶や汁物でむせる	1	2	3
6	食べ物が口の中に残る	1	2	3
7	寝る前は、ていねいに歯をみがく (ていねいに入れ歯を洗う)	3	2	1
8	おしゃべりをする、笑うことが多い	3	2	1
	1年に1回は歯科医院を受診している	はい		いいえ
合計点数		点/24点		

※ここから下はスタッフが記入します。

## ◆パ・タ・カの発音回数◆ ※健口くんハンディ使用

パ の回数	回	タ の回数	回	カ の回数	回
-------	---	-------	---	-------	---

## ◆お口の乾燥度◆ ※ムーカス使用

--	--	--

## ◆そしゃく力◆ ※そしゃくチェックガム使用

スコア 1	スコア 2	スコア 3	スコア 4	スコア 5
-------	-------	-------	-------	-------