

生活機能の低下をチェックしてみましょう！

暮らしの健康度チェック 実施日： 年 月 日

氏名	
住所	
年齢	歳

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい。)	
1	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
2	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	0.はい	1.いいえ
3	15分間位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
4	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
5	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
6	かかりつけの医師等から、病気等を理由に「運動を含む日常生活を制限」されていますか	1.はい	0.いいえ
7	趣味や楽しみ、好きでやっていることがありますか	0.はい	1.いいえ
8	普段自分で健康だと思っていますか	0.はい	1.いいえ
9	散歩や体操等で定期的に体を動かしていますか	0.はい	1.いいえ
10	自分の身体を丈夫にしたり、張りのある生活を送るための取組みに興味がありますか	0.はい	1.いいえ



1に該当した個数を
数え、点数として下記の
□に記入しましょう

点

1～5番の
うち
3点以上

運動機能の低下の疑い

筋力等が衰えていることから、生活が不活発になったり、転倒・骨折しやすくなります。

ご自分の状態はいかがでしたか？ 介護予防のためには、自分の状態を知ることが大切です。
定期的に生活機能をチェックし、気になる傾向がみられたら、地域包括支援センターに早めにご相談ください。