

記入日	令和	年	月	日	氏名	
-----	----	---	---	---	----	--

後期高齢者向けフレイルリスク改善のための トレーニング事業(以下「事業」)についてのアンケート

アンケートへのご協力をお願いいたします。
「参加申込書 兼 同意書」(様式第1号)と併せて、お申込みください。

1. なぜ参加しようと思いましたか。もっともあてはまるもの1つに○をつけてください。

筋肉をつけたいから	ダイエットのため	運動がしたいから
参加を勧められたので	何か新しいことを始めたい	その他()

2. ここ1か月の間に定期的に参加している活動全てに○をつけてください。

習い事や趣味の集まり	スポーツジム	ボランティア	町会や老人会等の集まり
近所の会館や公園等で開催している教室や催しなど	仕事(シルバー人材センター含む)		
その他()			

3. 現在のあなたの状況について、あてはまるものに○をつけてください。

1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	よい	まあよい	ふつう	あまりよくない	よくない
2	腰痛はありますか	ある	ややある	あまりない	ない	
3	手足の関節の痛みはありますか	ある	ややある	あまりない	ない	
4	毎日の生活に満足していますか	満足	やや満足	やや不満	不満	
5	週に何回外出していますか ※ふだんの買い物などの外出を含みます	ほぼ毎日	週に半分程度	週1~2回	週1回未満	
6	1日3食きちんと食べていますか	食べている	だいたい食べている	あまり食べていない	食べていない	

4. あなたは今後、生活の中に運動を取り入れる等、運動習慣について改善しようと思いませんか。もっともあてはまるものに○をつけてください。

改善するつもりはない	改善するつもり (概ね6カ月以内)	1カ月以内に改善するつもり、または、すでに一部取り組んでいる	すでに取り組んでいる (6か月未満)	すでに取り組んでいる (6か月以上)
------------	----------------------	--------------------------------	-----------------------	-----------------------

質問は裏面につづきます →

5. 現在のあなたの状況について、あてはまるものに○をつけてください

1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	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	はい	いいえ
7	椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか	はい	いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	18.5未満	18.5以上
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
15	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ
16	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ
17	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されますか	はい	いいえ
18	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	はい	いいえ
19	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ
ここ2週間についてお答えください			
20	毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ
21	これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	はい	いいえ
22	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	はい	いいえ
23	自分が役に立つ人間だと思えない	はい	いいえ
24	わけもなく疲れたような感じがする	はい	いいえ

ご協力ありがとうございました。いただいた個人情報とアンケート結果は、みなさまの支援のために活用させていただくほか、要介護度・サービス利用状況等と併せて本事業の評価に使用したり、個人を特定できないデータとして統計学的に集計し、公衆衛生の向上に資する研究等に活用させていただくことがあります。

【お問い合わせ】
 大阪市福祉局 地域包括ケア推進課 介護予防推進グループ
 ☎(06)6208-9957