**令和２年度通信型介護予防教室「コロナに負けない教室」利用申込書**

通信型介護予防教室を

利用したいので申込みします　　　・　　　申込みしません

※どちらかに〇をして、下記氏名欄と裏面の基本チェックリストを記載の上、同封いたしました返信用封筒で返送くださいますようお願いいたします。

　　お申し込みの有無に関わらず、下記氏名欄と裏面の基本チェックリストをご記入の上返送お願いいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 大・昭　　年　　月　　日生 | 年齢 | 歳 |
| 住　所 | 〒  五所川原市  TEL - | | |

　※なお、通信型介護予防事業については、青森県長寿社会振興センターとの共同事業となります。上記個人情報について共有し、事業を実施いたします。また、上記個人情報についてはこの事業以外で使用することはありません。お申し込みされる方は、上記に記入することで個人情報の共有について同意いただいたことといたしますのでご了承ください。

【担当】

五所川原市地域包括支援センター

地域包括支援係　奈良岡・中嶋

TEL：０１７３－３５－２１１１

FAX：０１７３－３４－１０１８

**基本チェックリスト**

|  |
| --- |
| **氏名：** |

**次の質問表の「はい」「いいえ」の当てはまる方に○をつけましょう。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | **基　本　項　目** | **記入月日** | |
| **月　　日** | |
| **１** | バスや電車で１人で外出していますか | 0.はい | 1.いいえ |
| **２** | 日用品の買い物をしていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| **３** | 預貯金の出し入れをしていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| **４** | 友人の家を訪ねていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| **５** | 家族や友人の相談にのっていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| **６** | 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| **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 | 0.はい | 1.いいえ |
| **８** | １５分くらい続けて歩いていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| **９** | この１年間に転んだことはありますか | 1.はい | 0.いいえ |
| **１０** | 転倒に対する不安は大きいですか | 1.はい | 0.いいえ |
| **１１** | ６カ月間で２～３kg以上の体重減少がありましたか | 1.はい | 0.いいえ |
| **１２** | 体重　　　　　（kg）　　身長　　　　　（cm） |  |  |
| **１３** | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | 1.はい | 0.いいえ |
| **１４** | お茶や汁物等でむせることがありますか | 1.はい | 0.いいえ |
| **１５** | 口の渇きが気になりますか | 1.はい | 0.いいえ |
| **１６** | 週に１回以上は外出していますか | 0.はい | 1.いいえ |
| **１７** | 昨年と比べて外出の数が減っていますか | 1.はい | 0.いいえ |
| **１８** | 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか | 1.はい | 0.いいえ |
| **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 | 0.はい | 1.いいえ |
| **２０** | 今日が何月何日か分からない時がありますか | 1.はい | 0.いいえ |
| **２１** | (ここ２週間)毎日の生活に充実感がない | 1.はい | 0.いいえ |
| **２２** | (ここ２週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった | 1.はい | 0.いいえ |
| **２３** | (ここ２週間)以前は楽に出来ていた事が今ではおっくうに感じられる | 1.はい | 0.いいえ |
| **２４** | (ここ２週間)自分が役に立つ人間だと思えない | 1.はい | 0.いいえ |
| **２５** | (ここ２週間)わけもなく疲れたような感じがする | 1.はい | 0.いいえ |