

一人暮らし高齢者「安否確認ふれあい事業」チェックリスト

質問 あなたの現在の健康状態はいかがですか。あてはまる番号1つに○をつけて下さい。

- 1 よい 2 まあよい 3 ふつう 4 あまりよくない 5 よくない

質問 あなたには、困ったときの相談相手がありますか。

- 1 はい 2 いいえ

質問 あなたには、体の具合が悪いときの相談相手がありますか。

- 1 はい 2 いいえ

質問 あなたには、日常生活を援助してくれる人がいますか。

- 1 はい 2 いいえ

質問 あなたには、具合が悪いとき病院に連れて行ってくれる人がいますか。

- 1 はい 2 いいえ

質問 あなたには、寝込んだとき身のまわりの世話をしてくれる人はいますか。

- 1 はい 2 いいえ

質問 あなたの外出頻度はどの程度ですか。あてはまる番号1つに○をつけて下さい。

また、4とお答えの場合にはその頻度をお答え下さい。

- 1 週に1回未満 2 月に1～2回 3 ほとんど無し 4 週に_____回程度

質問 日中、おもに過ごす場所はどこですか。あてはまる番号1つに○をつけて下さい。

- 1 自宅外 2 敷地内 3 自宅内 4 自分の部屋

質問 日中、おもな過ごし方はどれですか。あてはまる番号1つに○をつけて下さい。

- 1 趣味 2 仕事 3 主にテレビ等 4 家事 5 特になし

質問 一人暮らしで、現在特に不安に思っていることはありますか。

- 1 はい 2 いいえ

- 1 とお答えの場合にはその理由をお答え下さい。