

おたっしゅ度チェック ご協力のお願い

今年度も「おたっしゅ度チェック」を実施します。対象となる方へ調査表を郵送致しますので、調査の目的や手順をご理解いただき、回答へのご協力をお願い致します。

【対象者】令和6年度内で65歳以上になる方（要介護認定を受けている方は除きます）

【調査の目的】運動・食事・口腔・認知機能など、ご自身の健康や生活状況を振り返り、心身の状態で衰えているところが無いかを確認するものです。

【締め切り】 **4月19日（金）まで**

【手順】 郵送されるチェック表に必要事項を記入

返信封筒に入れ郵送、または回収ボックスに投かん

担当者で記入内容を確認します。
国で提示されている基準に合わせて評価します。

結果を個人宛に郵送

結果については個別に郵送します。併せて改善に向けた取り組みの紹介や各種教室等の案内を送付します。

加齢と共に、心身機能は低下します。おたっしゅ度チェックを行い、自分では気づきにくい心身の衰えをより早く把握し、介護予防など健康づくりに活用しましょう。



表面

「おたっしゅ度チェック表」

記入者に○を付けて下さい。 本人・家族・その他

- 「はい」、「いいえ」の当てはまる方に○を付けて下さい。
- 25か所全てに答えて下さい。

1	バスや自動車等で一人で外出していますか	はい	いいえ
2	お店に行って買い物をしていますか	はい	いいえ
3	郵便局や銀行に行き、自分で預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
4	友人(家族や親戚以外)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ることはありますか(電話での相談も可)	はい	いいえ
6	階段を見るとき、手すりが必要ですか	はい	いいえ
7	何もつかまらずに椅子から立ちあがれますか	はい	いいえ
8	15分位休まずに歩けますか	はい	いいえ
9	この1年間に転んだことはありますか	はい	いいえ
10	転ぶことに対する不安は大きいですか	はい	いいえ
11	半年のあいだに、体重が2~3kg以上減りましたか	はい	いいえ
12	身長・体重をお書き下さい		
	身長(cm) 体重(kg)		
13	半年前と比べると、固いものが食べにくいですか	はい	いいえ
14	お茶や汁物等で代わることがありますか	はい	いいえ

- 記入した後は、記入もれがないか確認をお願いします。
- 対象者ご本人か、対象者の生活状況をよく把握している方が記入して下さい。
- 記入できない場合は職員が訪問致します。下記まで連絡下さい。

裏面

〒
新冠町字
様

「おたっしゅ度チェック」の協力について(依頼)

日頃より当町の保健福祉行政にご理解とご協力をいただき、ありがとうございます。当町では、介護認定を受けていない65歳以上の方を対象に、心身及び生活の様子をお伺いし、介護が必要とならないよう、早期の取り組みを促すことを目的に調査を実施しております。趣旨をご理解いただき、調査にご協力くださいますようお願いいたします。

(新冠町 保健福祉課 介護予防係)

◆あなたの連絡先をご記入ください。

自宅の電話番号 _____

携帯電話の番号 _____

◆緊急時の連絡先をご記入ください。

緊急事態の発生時にご家族等へ連絡を行う場合や、搬送先の医療機関から照会を受けた場合など、緊急連絡先の情報提供を行うために使用します。町へ緊急連絡先を登録される方はご記入下さい。

連絡先 1

お名前: _____

ご関係: _____

※記入例
お名前:新冠 太郎

- チェック表の裏は緊急連絡先の記載欄となっております。
- 緊急対応等、必要時以外に情報は使用致しません。ご回答の協力をお願いします。