



4 以下の項目について、あてはまる番号に○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。  
(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)
- (2) 毎日の生活に満足していますか。  
(1. 満足 2. やや満足 3. やや不満 4. 不満)
- (3) 1日3食きちんと食べていますか。  
(1. はい 2. いいえ)
- (4) 半年前までに比べて固いもの(※)が食べにくくなりましたか。  
※さきいか、たくあんなど (1. はい 2. いいえ)
- (5) お茶や汁物等でむせることがありますか。  
(1. はい 2. いいえ)
- (6) 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。  
(1. はい 2. いいえ)
- (7) 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。  
(1. はい 2. いいえ)
- (8) この1年間に転んだことがありますか  
(1. はい 2. いいえ)
- (9) ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。  
(1. はい 2. いいえ)
- (10) 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されていますか。  
(1. はい 2. いいえ)
- (11) 今日が何月何日かわからない時がありますか。  
(1. はい 2. いいえ)
- (12) あなたはたばこを吸いますか。  
(1. 吸っている 2. 吸っていない 3. やめた)
- (13) 週に1回以上は外出していますか。  
(1. はい 2. いいえ)
- (14) 普段から家族や友人と付き合いがありますか。毎日の生活に満足していますか。  
(1. はい 2. いいえ)
- (15) 体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。  
(1. はい 2. いいえ)

<問い合わせ> 柏市健康増進課

電話 04 (7164) 4455 (直通)