

- 5 で3) 前回の検診後閉経になったと答えた方は次の質問にお答え下さい。
- 7 最後の生理の時は何歳でしたか？  
(          ) 歳
- 8 閉経の理由を教えてください。  
1) 自然に生理が終わった  
2) 手術などの人工的な閉経  
3) その他理由があれば具体的に (                                  )
- 9 人工的な閉経の場合、どんな方法によりますか？（いくつ○を付けても結構です。）  
1) 子宮を手術で取った (          ) 歳の時  
2) 卵巣を二つとも手術で取った (          ) 歳の時  
3) 卵巣を片方、手術でとった (          ) 歳の時  
4) 卵巣に放射線をあてた (          ) 歳の時  
5) その他 (                                  ) (          ) 歳の時
- 10 閉経時に次のような症状がありましたか？あれば○を付けて下さい。  
(いくつ○を付けても結構です。)  
1) のぼせや顔面の紅潮  
2) 気分がふさいだりいらいらしたりする  
3) 不眠  
4) その他 (                                  )
- 11 閉経前後に女性ホルモンの治療をうけましたか？  
1) はい                                  2) いいえ
- 12 11 で1) はいの場合、女性ホルモンの治療を1年以上続けましたか？  
1) はい                                  2) いいえ

## 13. 生活機能チェックシート

### 基本チェックリスト（厚生労働省作成）

#### 暮らしぶりその1

- 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

#### 運動器関係

- 6 階段を手すりや壁をつたわ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分間位続けて歩いていますか？  
0) はい      1) いいえ
- 9 この1年間に転んだことがありますか？  
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

#### 栄養・口腔機能等の関係

- 11 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか？  
1) はい      0) いいえ
- 12 半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか？  
1) はい      0) いいえ

**13** 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

**14** 口の渇きが気になりますか？  
1) はい 0) いいえ

**暮らしぶり その2**

**15** 週に1回以上は外出していますか？  
0) はい 1) いいえ

**16** 昨年と比べて外出の回数が減っていますか？  
1) はい 0) 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？  
1) はい 0) 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？  
0) はい 1) いいえ

**19** 今日が何月何日かわからない時がありますか？  
1) はい 0) いいえ

**こころ**

**20** (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない。  
1) はい 0) いいえ

**21** (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

**22** (ここ2週間) 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。  
1) はい 0) いいえ

**23** (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

**24** (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

**介護認定について**

現在、介護認定を受けていますか？受けている方は、その等級に○を付けてください。

1. 受けている (要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5)  
→ 認定日はいつですか？ ( 年 月)
2. 受けていない

## 14. ロコチェック

- 1 片脚立ちで靴下がはけない。  
1) はい                      2) いいえ
  
- 2 家のなかでつまずいたり滑ったりする。  
1) はい                      2) いいえ
  
- 3 階段を上るのに手すりが必要である。  
1) はい                      2) いいえ
  
- 4 横断歩道を青信号で渡りきれない。  
1) はい                      2) いいえ
  
- 5 15分くらい続けて歩けない。  
1) はい                      2) いいえ
  
- 6 2kg程度の買い物をして持ち帰るのが困難である。  
(1リットルの牛乳パック2個程度)  
1) はい                      2) いいえ
  
- 7 家のやや重い仕事が困難である。  
(掃除機の使用、布団の上げ下ろしなど)  
1) はい                      2) いいえ

これで質問は全部終わりです。

ご協力どうもありがとうございました。



