

【質問9】日頃の健康行動についてお尋ねします。

以下の項目は、どれくらいあなたに当てはまりますか。
 あてはまるものに1つ○をつけてください。

	とても当てはまる	まあ当てはまる	あまり当てはまらない	全く当てはまらない
1 栄養バランスに気をつける・・・・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	4
2 規則的な食生活をする・・・・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	4
3 お酒を控え、飲みすぎない (お酒を飲まない方は「1. とても当てはまる」)・・・・・・・・	1	2	3	4
4 タバコを控え、吸わない (タバコを吸わない方は「1. とても当てはまる」)・・・・・・・・	1	2	3	4
5 お菓子を控え、食べ過ぎない・・・・・・・・・・・・・・・・	1	2	3	4
6 太りすぎや痩せすぎに注意し、体重管理する・・・・・・・・	1	2	3	4
7 定期的に運動を行う、または運動不足にならない工夫をする・・・	1	2	3	4
8 規則的に睡眠をとる、または十分な休息をとる・・・・・・・・	1	2	3	4

<p>【質問10】</p> <p>以下の文章を読んで、 あなたに最も当てはまる番号に○をつけてください。</p>	<p>全く当てはまらない</p>	<p>あまり当てはまらない</p>	<p>どちらともいえない</p>	<p>まあ当てはまる</p>	<p>非常に当てはまる</p>
<p>1 この先は明るいと思う・・・・・・・・・・・・・・・・</p>	1	2	3	4	5
<p>2 今ある目標はかなう・・・・・・・・・・・・・・・・</p>	1	2	3	4	5
<p>3 困難に出会ってもなんらかの方法で切り抜けられると思う・・・</p>	1	2	3	4	5
<p>4 誰もがあきらめても、 私は問題の解決方法を見つけられるだろう・・・・・・・・</p>	1	2	3	4	5
<p>5 信仰心、または道徳的な教えに従って生きている・・・・・・・・</p>	1	2	3	4	5
<p>6 信心や信念があるから、私は前向きな態度でいられる・・・・・・・・</p>	1	2	3	4	5
<p>7 私は、毎日のように新しい楽しみを見つけられる・・・・・・・・</p>	1	2	3	4	5

【質問 1 1】 耳の機能状態についてお尋ねします。

		とても困難だ	困難だ	少し困難だ	まったく困難でない
<p>[1 1 - 1]</p> <p>まず、聞こえについてお聞きします。 以下の項目がどの程度困難だと感じますか。</p> <p>※ 普段補聴器を使用されている方は、 つけた状態でお答えください。</p>					
1	普通の会話で言葉を聞き取ったり、理解したりすること・・・	1	2	3	4
2	騒がしい部屋で会話を続けること (十分な大きさを聞き取れないため)・・・	1	2	3	4
3	テレビやラジオの音量を大きくせずに、 話している内容を聞き取ったり、理解したりすること・・・	1	2	3	4

<p>[1 1 - 2]</p> <p>耳が悪いために 生活の範囲が狭くなっていますか。</p>	<p>1. あてはまらない</p> <p>2. あまりあてはまらない</p> <p>3. ややあてはまる</p> <p>4. とてもあてはまる</p>
<p>[1 1 - 3]</p> <p>耳が悪いために人とのコミュニケーションが 少なくなっていますか。</p>	<p>1. あてはまらない</p> <p>2. あまりあてはまらない</p> <p>3. ややあてはまる</p> <p>4. とてもあてはまる</p>

【質問12】目の機能状態についてお尋ねします。

[12-1] 見え方についてお聞きします。 以下の項目がどの程度困難だと感じますか。 ※ 普段、眼鏡やコンタクトを使用されている方は、 つけた状態でお答えください。	とても困難だ	困難だ	少し困難だ	まったく困難でない
1 道路の向こう側にいる友人を識別すること.....	1	2	3	4
2 細かい文字を読むこと.....	1	2	3	4
3 暗がりや薄明かりの中で物を見ること.....	1	2	3	4

[12-2] 目が悪いために 生活の範囲が狭くなっていますか。	1. あてはまらない 2. あまりあてはまらない 3. ややあてはまる 4. とてもあてはまる
[12-3] 目が悪いために人とのコミュニケーションが 少なくなっていますか。	1. あてはまらない 2. あまりあてはまらない 3. ややあてはまる 4. とてもあてはまる

ここまでの記入が終わりましたら、
調査員に声をかけてください。

【質問13】以下の質問は、みなさまが日常生活の中でどのように身体活動を行っているか(どのように体を動かしているか)を調べるものです。平均的な1週間を考えた場合、あなたが1日にどのくらいの時間、体を動かしているのかをお尋ねしていきます。身体活動(体を動かすこと)とは、仕事での活動、通勤や買い物などいろいろな場所への移動、家事や庭仕事、余暇活動の運動やレジャーなどのすべての身体的な活動を含んでいることに留意して下さい。

以下の質問では、**1回につき少なくとも10分以上続けて**行う身体活動についてのみ考えて、お答えください。

[13-1]

平均的な1週間では、身体的にきつuitとを感じるような、かなり呼吸が乱れるような**強い**身体活動(重い荷物の運搬、自転車で坂道を上がること、ジョギング、テニスのシングルスなど)を行う日は何日ありますか。また、強い身体活動を行う日は、通常、1日合計してどのくらいの時間そのような活動を行いますか。

1. 週_____日、1日合計して_____時間_____分

2. な い

[13-2]

平均的な1週間では、身体的にやや負担がかかり、少し息がはずむような**中等度の**身体活動(軽い荷物の運搬、子供との鬼ごっこ、ゆっくり泳ぐこと、テニスのダブルス、カートを使わないゴルフなど)を行う日は何日ありますか。**歩行やウォーキングは含めないで**お答えください。また、中等度の身体活動を行う日は、通常、1日合計してどのくらいの時間そのような活動を行いますか。

1. 週_____日、1日合計して_____時間_____分

2. な い

[13-3]

平均的な1週間では、10分以上続けて**歩く**ことは何日ありますか。ここで、**歩く**とは仕事や日常生活で歩くこと、ある場所からある場所へ移動すること、あるいは趣味や運動としてのウォーキング、散歩など、全てを含みます。また、そのような日には、通常、1日合計してどのくらいの時間歩きますか。

1. 週_____日、1日合計して_____時間_____分

2. な い

[13-4]

最後の質問は、毎日座ったり寝転んだりして過ごしている時間（工作中、自宅で、勉強中、余暇時間など）についてです。すなわち、机に向かったり、友人とおしゃべりをしたり、読書をしたり、座ったり、寝転んでテレビを見たり、といった全ての時間を含みます。なお、睡眠時間は**含めない**で下さい。

平日には、通常、1日合計してどのくらいの時間**座ったり寝転んだりして**過ごしますか。
※食事や入浴時間は含めてください。

1日合計して_____時間_____分

以上でアンケートへの記入は終わりです。ご協力ありがとうございました。

診察票

被験者名 _____ ID _____ 番 _____

調査員記入欄

診査者 _____ 補助者 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日実施

RSST _____ 回/30秒

SSFR _____ ml/2分

BW _____ kg

顎関節

雑音 L (click crepitus なし) R (click crepitus なし)

疼痛 (ありなし)

開口量(切端間距離): _____ mm OB: _____ mm

開口量: A+B _____ mm

50Hデンタルプレスケール (ICPで3秒間、食事の時の口腔内状態)

味覚

甘	4	5	6	7	9	
酸	2	3	4	5	9	
塩	2	3	4	5	9	
苦	2	3	4	5	6	9

味覚を認知できなかった人は9(Burst)に○をする

グミ(スコア法) _____ スコア _____

歯式・歯周組織検査

診査者 _____ 補助者 _____ ID _____

上義歯(ありなし) 下義歯(ありなし)

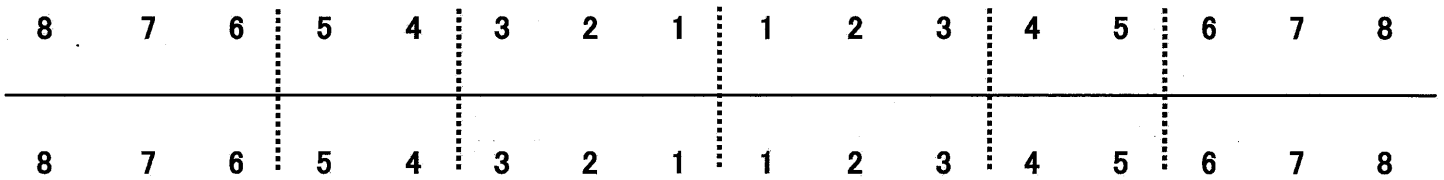
義歯使用期間 年 月 日

前回からの抜歯の既往 部位 _____

抜歯理由 1 う蝕 2 歯周病 3 破折 4 その他

(歯式)

□ □ □ □ □



義歯の部位は赤で丸する

上残	残智あり	インプ	Po	D	放置	MT	智歯	C4	トライ
下残	残智あり	インプ	Po	D	放置	MT	智歯	C4	ヘミセク
上修	修智あり	下修	修智あり	Eichner	Eichner10	Eichner3	歯周病		

(PD, BOP, 動揺度)

Mobility																	Mobility	
PD	B																B	
	P																P	
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
PD	L																L	
	B																B	
Mobility																	Mobility	

検査日： _____年 _____月 _____日

ID（通し番号）： _____

名前： _____

生年月日： _____年 _____月 _____日

年齢： _____才

調査員記入欄

【体調チェック】

	項目	該当箇所に○
1	体調チェック項目（運動の制限、入院、胸の痛み、息切れ）に1つでも該当 ※事前票 18 ページ[19-5]以外	
2	心臓病の既往に該当 ※事前票 14 ページ【質問 14】 7心臓病	
3	体温 _____度 →37.5 度以上	
4	血中酸素飽和度 _____% →95%以下	

1、3、4いずれか一つでも該当 ⇒ 問診から開始

2に該当 ⇒ 運動検査の前に問診へ案内

すべて当てはまらない ⇒ 体調チェック終了

※当日ファイルにチェックを入れてください！

問診コメント

【要介護認定】

要介護認定を受けていますか。	
1. 受けている	2. 受けていない
要介護認定を受けている方のみお答えください。 現在の認定は、以下のどれですか。	
1. 要支援 1	2. 要支援 2
3. 要介護 1	4. 要介護 2
5. 要介護 3	6. 要介護 4
7. 要介護 5	

【体重の変化】

この1年間で、体重が変化しましたか。 (意図的な減量の場合は含みません)	1. はい 2. いいえ
どのくらい変化しましたか。具体的に教えてください。	()kg

【喫煙習慣】

現在、習慣的にタバコを吸っていらっしゃいますか。	1. 吸っていない。または、ごくたまにしか吸わない。
	2. 吸っている。⇒ ()本/一日

以前は、日常的に吸っていらっしゃいましたか。

1. はい ⇒ ()歳まで ()本/一日
2. いいえ

【飲酒習慣】

現在、習慣的にお酒を飲んでいらっしゃいますか（果実酒や薬用酒は除く）。

1. 飲んでいない。または、たまにしか飲まない。（飲酒日が平均週1日未満）
2. 飲酒の習慣はあるが、大量には飲まない。
（飲酒日が平均週1日以上3日未満。もしくは、1日の平均量が日本酒で3合、ビール中瓶で3本、ウイスキーで180ml未満）
3. 習慣的に大量にお酒を飲んでいる。
（週3日以上飲酒し、かつ1日の平均量が日本酒3合、ビール中瓶3本以上、ウイスキーで180ml以上）

以前は、習慣的にお酒を飲むことがありましたか。

1. はい



() 歳まで

2. いいえ

【家庭血圧】

	測定日時	収縮期血圧 (最高血圧)	拡張期血圧 (最低血圧)	脈拍数 (回/分)	測定部位
第1日	月 日 時	[]mmHg	[]mmHg		肘・手首・指
第2日	月 日 時	[]mmHg	[]mmHg		肘・手首・指
第3日	月 日 時	[]mmHg	[]mmHg		肘・手首・指
第4日	月 日 時	[]mmHg	[]mmHg		肘・手首・指
第5日	月 日 時	[]mmHg	[]mmHg		肘・手首・指

1日2回測定されている方は、2回目の血圧を下の欄に記載してください。

第1日	月 日 時	[]mmHg	[]mmHg		肘・手首・指
第2日	月 日 時	[]mmHg	[]mmHg		肘・手首・指
第3日	月 日 時	[]mmHg	[]mmHg		肘・手首・指
第4日	月 日 時	[]mmHg	[]mmHg		肘・手首・指
第5日	月 日 時	[]mmHg	[]mmHg		肘・手首・指

病名		(SQ1で「ある」と答えた病気について)						
		SQ1			SQ2	SQ3		
		病気の経験			発病	現在、医師の処方薬を服用(使用)		
ある	ない	不明	年齢	はい	いいえ	不明		
(1)	脳卒中(脳梗塞、脳いっ血、脳出血、くも膜下出血、虚血発作、硬膜下血腫など)	1	2	3	歳	1	2	3
(2)	心臓の病気(狭心症、心筋梗塞、心房細動、不整脈、弁膜症、ペースメーカーなど)	1	2	3	歳	1	2	3
(3)	高血圧	1	2	3	歳	1	2	3
(4)	糖尿病	1	2	3	歳	1	2	3
(5)	高脂血症(高コレステロール、高中性脂肪)	1	2	3	歳	1	2	3
(6)	肺の病気(結核、喘息、肺気腫、肺炎など)	1	2	3	歳	1	2	3
(7)	胃腸、肝臓、胆のうの病気(逆流性食道炎、胃炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、便秘、肝炎、胆石、盲腸など)	1	2	3	歳	1	2	3
(8)	腎臓の病気(急性腎炎、慢性腎炎、腎盂腎炎、人工透析など)	1	2	3	歳	1	2	3
(9)	前立腺の病気(男性のみお答えください)	1	2	3	歳	1	2	3
(10)	甲状腺の病気(バセドー病、橋本病、甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症など)	1	2	3	歳	1	2	3
(11)	パーキンソン病	1	2	3	歳	1	2	3
(12)	膠原病(リウマチ、SLEなど)	1	2	3	歳	1	2	3
(13)	白内障	1	2	3	歳	1	2	3
(14)	骨粗しょう症	1	2	3	歳	1	2	3
(15)	膝や股関節など関節の変形、痛み(変形性関節症)	1	2	3	歳	1	2	3
(16)	骨折(箇所を具体的に)	1	2	3	歳	1	2	3
(17)	がん(箇所を具体的に)	1	2	3	歳	1	2	3
(18)	手術(箇所を具体的に)	1	2	3	歳	1	2	3
(19)	認知症	1	2	3	歳	1	2	3

【血圧】

右: ① _____ / _____ mmHg ② _____ / _____ mmHg

左: ① _____ / _____ mmHg ② _____ / _____ mmHg

心拍数: _____ / 分

【頸部エコー】

IMT (far wall、Bulb より 1.5cm 付近で 1cm あけて 2 箇所測定)

Rt: ① _____ mm ② _____ mm

Lt: ① _____ mm ② _____ mm

Stenosis あり なし

(以下は Stenosis あった場合に記載)

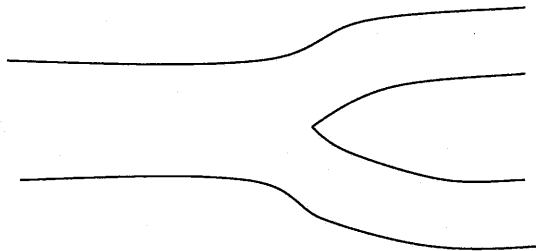
Max IMT (1.1mm 以上かつ最大部) Rt: _____ mm, Lt: _____ mm

Pulse Wave Doppler

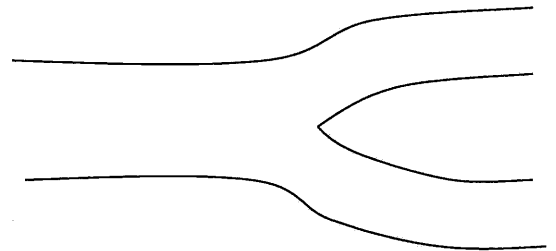
Rt: Systolic flow _____ cm/sec, Diastolic flow _____ cm/sec

Lt: Systolic flow _____ cm/sec, Diastolic flow _____ cm/sec

Rt



Lt



【肺機能】

%VC: _____ %

FFE_{V1.0}: _____ %

肺年齢: _____ 歳

