

4月 おたっしゃ度チェック 実施します



4月に「おたっしゃ度チェック」を実施します。対象者にチェック表を郵送しますので、調査目的や調査手順をご理解いただき、ご協力をお願いします。

【対象者】65歳以上の方（介護認定を受けている方は除く）

【調査の目的】運動、食事、口腔、認知機能など、心身の状況を確認し、介護が必要とならないよう早めの取り組みを促すものです。

年齢と共に、心身機能は低下します。「おたっしゃ度チェック」を行い、自分では気が付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。

【締め切り】 **4月21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函

介護支援係で、記入内容の確認

国で提示されている基本チェックリストを基に評価を実施。

結果を個人宛に郵送

弱っている項目に応じて、改善に向けた取り組みのパンフレットやいきいき百歳体操の案内などを送付します。

表面

「おたっしゃ度チェック表」は「はい」「いいえ」の当てはまる方に○を付けて下さい。

記入者はおなたですか？○を付けて下さい。

本人 ・ 家族 ・ その他 ()

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、自分で預貯金のお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	階段を昇るとき、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)		

- チェック表は全ての項目に漏れがないようにお願いします。
- 対象者ご本人や、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、訪問対応しますので下記まで連絡下さい。

裏面

〒
新冠町字
〒

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。

昨年、記入いただいた方については、入力されている内容を確認していただき、変更があれば、訂正して下さい。

※記入例
お名前：新冠 太郎
ご関係：息子
住所：新冠町字北見町
連絡先：0146-47-0000

連絡先 1

お名前： _____

ご関係： _____

住所： _____

連絡先： _____

- チェック表の裏は緊急連絡先の記載欄になっています。
- 緊急時の対応など、必要時以外では用いませんので、ご回答の協力をお願い致します。

保健福祉課 介護支援係
役場庁舎1階3番窓口 電話 0146-47-2113
担当：高橋、仙波、荒木