

家族構成	配偶者	有・無	緊急連絡先	自宅以外の連絡先。電話があれば携帯番号をお願いします。
	家族構成	ひとり暮らし 世代		氏名
	同居人数	人		住所
				電話（自宅・勤務先）

1. 週の内、働けない曜日はありますか。

1 ない【何曜日でも就業可能】
2 ある【次の曜日は就業不可能（月・火・水・木・金・土・日・祝）】

2. 1日当り何時間程度就業できますか。

1 シルバー基本就業時間（8時～17時）
2 何時でも就業可能
3（約 時間）（ 時 分 ～ 時 分）

3. あなたの健康状態についてお尋ねします。 該当の番号に○を付けてください。

問 診	回 答	備 考
① 現在の健康状態は	1 丈夫 2 普通 3 弱い 4 難	
② 視力障害はありますか	1 異常なし 2 やや支障あり 3 支障あり	
③ 難聴はありますか	1 異常なし 2 やや支障あり 3 支障あり	
④ 手は大丈夫ですか	1 異常なし 2 やや支障あり 3 支障あり	
⑤ 足は大丈夫ですか	1 異常なし 2 やや支障あり 3 支障あり	
⑥ 腰は大丈夫ですか	1 異常なし 2 やや支障あり 3 支障あり	
⑦ 血圧状態はどうですか	1 低い 2 やや低い 3 普通 4 やや高い 5 高い	
⑧ その他、既往症 持病等がありますか		

4. 資格・免許・特技等

資格CD	資 格 ・ 免 許 ・ 特 技 等	備 考

5. 貴方の移動手段は何ですか。

1 自 転 車		2 バ イ ク		3 自 動 車	軽トラック：有・無
1 運転できる	1 所有	1 運転できる	1 所有	1 運転できる	軽自動車：有・無
0 運転できない	0 ない	0 運転できない	0 ない	0 運転できない	普通車：有・無

6. あなたが加入している健康保険はどれですか。

1 国民健康保険	2 後期高齢者医療保険	3 社会保険（本人・家族）	4 その他
----------	-------------	---------------	-------

特記事項