

第 13 回ならビューティフルシニア推薦書

令和 4 年 月 日

奈良県知事 殿

推薦者	ふりがな 氏名	※推薦者が団体の場合は、団体名と代表者名をご記入ください。	
	連絡先	〒 電話 () — Eメール	
	参考事項	※候補者との関係、肩書き等をご記入ください。 (自薦の場合は、本人をご記入ください。)	

下記の者は、ならビューティフルシニア候補者としてふさわしいと認めますので推薦いたします。

候補者	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日	満 年 月 日 歳
	現住所	〒 電話 () — FAX () — Eメール	

推薦理由

※候補者の若々しさ、美しさ、具体的な活動内容など、推薦者が候補者を「ならビューティフルシニア」にふさわしいと思う理由を記入してください。欄が足りない場合は、別紙としてください。

この審査票は応募者ご本人がご記入ください。

様式 2

「ならビューティフルシニア」健康に関する調査票

第 1 3 回ならビューティフルシニア応募者

氏 名 _____ 年 齢 _____

住 所 _____

体 重 _____ k g 身 長 _____ c m

体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)の値 _____ (★)

※体重はキログラム、身長はメートルに換算し計算してください。

○以下の質問項目の「はい」、「いいえ」のいずれかに○をお付けください。

質 問 項 目		
I 身体的健康度		
1	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。	は い 　 　 いいえ
2	椅子から何もつかまらずに立ち上がっていますか。	は い 　 　 いいえ
3	毎日、30分以上続けて歩いていますか。	は い 　 　 いいえ
4	この1年間に転倒したことがありますか。	は い 　 　 いいえ
5	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	は い 　 　 いいえ
6	体重÷身長÷身長の値（上記★）が18.5～24.9の範囲内ですか。	は い 　 　 いいえ
7	半分以上、自分の歯が残っていますか。	は い 　 　 いいえ
8	お茶や汁物等でむせることがありますか。	は い 　 　 いいえ
II 精神的健康度		
1	家族や友人の相談にのっていますか。	は い 　 　 いいえ
2	毎日、新聞や本を30分以上読んでいますか。	は い 　 　 いいえ
3	次の目標を常に持っていますか。	は い 　 　 いいえ
4	毎日の生活に充実感がありますか。	は い 　 　 いいえ