基本チェックリスト

**氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別：男・女**

**住所：直方市**

**生年月日：明治・大正・昭和　　　年　　　月　　　日　　　　歳**

**被保険者番号：**

**記載日　　　年　　月　　日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **№** | **質　問　項　目** | **回答**  **（いずれかに○をお付け下さい）** | | **事業対象者に**  **該当する基準** | |
| 生活機能 | 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 |  | 10項目以上に該当 |
| 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 | 6 | 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか | 0．はい | 1.いいえ | **3項目**  **以上に**  **該当** |
| 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おおきいですか | 1．はい | 0．いいえ |
| 栄養 | 11 | 6カ月間で２～３㎏以上の体重減少がありましたか | 1．はい | 0．いいえ | **2項目**  **に該当** |
| 12 | 身長　　　　　㎝　　体重　　　　　㎏　（ＢＭＩ　　　　）（注） | | |
| 口腔 | 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | 1．はい | 0．いいえ | **2項目**  **以上に**  **該当** |
| 14 | 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 |
| 15 | 口の渇きが気になりますか | 1．はい | 0．いいえ |
| 閉じこもり | 16 | 週に１回以上は外出していますか | 0．はい | 1.いいえ | **№16**  **に該当** |
| 17 | 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 |
| 物忘れ | 18 | 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言われますか | 1．はい | 0．いいえ | **1項目**  **以上に**  **該当** |
| 19 | 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 |
| 20 | 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 | 21 | （ここ２週間）毎日の生活に充実感がない | 1．はい | 0．いいえ | **2項目**  **以上に**  **該当** |  |
| 22 | （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 |
| 23 | （ここ２週間）以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる | 1．はい | 0．いいえ |
| 24 | （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 |
| 25 | （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 |

（注）ＢＭＩ＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）が18.5未満の場合に該当とする。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 点数表 | 項目 | こころ以外 | 運動器 | 栄養 | 口腔 | 閉じこもり | もの忘れ | こころ |
| NO | １～20 | 6～10 | 11・12 | 13～15 | 16・17 | 18～20 | 21～25 |
| 点数 | 10 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 回答点数 |  |  |  |  |  |  |  |