

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

| | No. | 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 | |
| | 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2～3kg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 _____ cm 体重 _____ kg (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 | No.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されますか | 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 | |

10項目
以上に
該当

(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 | | | | | | | | |