

--	--

基本チェックリスト

記入日 年 月 日 (提出者)

ふりがな 氏名		生年月日	大・昭 年 月 日	性別	男・女
住所	〒 ー 野々市市		電話番号	-	

	No	質問事項	回答			
生活機能	1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ.	A	No1~20 10項目以上 /20
	2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ.		
	3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ.		
	4	友人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っていますか	はい	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	はい	いいえ.	B	No6~10 3項目以上 /5
	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	はい	いいえ.		
	8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ.		
	9	この1年間に転んだことがありますか	はい.	いいえ		
	10	転倒に対する不安は大きいですか	はい.	いいえ		
栄養	11	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	C	No11.12 2項目 /2
	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	はい.	いいえ	D	No13~15 2項目以上 /3
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい.	いいえ		
	15	口の渇きが気になりますか	はい.	いいえ		
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ.	E	No16 /2
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい.	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	はい.	いいえ	F	No18~20 1項目以上 /3
	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	はい	いいえ.		
	20	今日が何月何日か分からないときがありますか	はい.	いいえ		
こころ	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	はい.	いいえ	G	No21~25 2項目以上 /5
	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	はい.	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	はい.	いいえ		
	24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だとは思えない	はい.	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	はい.	いいえ		

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

介護予防・日常生活支援総合事業の実施にあたり、基本チェックリスト等の必要書類を地域包括支援センター及び居宅介護予防支援事業所等へ提供することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 _____