

# 基本チェックリスト

(いずれかに○をお付けください)

記入日: 年 月 日 ( 曜日 )

記入者: 本人・その他(氏名: /続柄 )

|                 |                                                                             |           |             |         |            |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|---------|------------|
| 氏名              |                                                                             | 住所        | 菊川市         | 電話番号    | ( )        |
| 希望するサービス<br>内 容 |                                                                             | 生年<br>月 日 | M<br>T<br>S | 生 ( 歳 ) |            |
| No.             | 質 問 項 目                                                                     |           |             |         | 回 答        |
| 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 |
| 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 |
| 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大きいですか                                                             |           |             |         | 1.はい 0.いいえ |
| 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 |
| 12              | 身長: c m 体重: kg (BMI= )<br>BMI=体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする。 |           |             |         |            |
| 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 |
| 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 |
| 16              | 週に1回以上は外出していますか                                                             |           |             |         | 0.はい 1.いいえ |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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で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 |

市確認欄 (判定箇所丸)

|            |           |            |            |      |            |            |
|------------|-----------|------------|------------|------|------------|------------|
| ①1～20 で 10 | ②6～10 で 3 | ③11～12 で 2 | ④13～15 で 2 | ⑤16  | ⑥18～20 で 1 | ⑦21～25 で 2 |
| 全 般        | 運動器       | 栄養改善       | 口腔機能向上     | 社会参加 | 脳力アップ      | 生きがい       |