

### 基本チェックリスト

被保険者番号		記入日	令和	年	月	日
フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭	年 月 日
住所	伊東市			電話番号	-	-

質問項目				○をお付けください		
日常生活	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	/ 20	
	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		
運動・移動	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	/ 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	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		
栄養	10	転倒に対する不安は大きいですか	1はい	0いいえ	/ 2	
	11	6ヵ月間で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	1はい	0いいえ		
口腔	12	BMIが18.5未満ですか ※体重_____kg÷身長_____m÷身長_____m =BMI_____	1はい	0いいえ	/ 3	
	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		
外出	15	口の渇きが気になりますか	1はい	0いいえ	/ 2	
	16	週に1回以上は外出していますか	0はい	1いいえ		
物忘れ	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	/ 3	
	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		
こころ	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	/ 5	
	21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がないと思うことがありますか	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と感じることがありますか	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ことがありますか	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ことがありますか	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ことはありますか	1はい	0いいえ		
実施者	事業者：		担当者：			

① (全体) 質問 No.1~20 までの 20 項目のうち、10 項目以上に該当
② (運動) 質問 No.6~10 までの 5 項目のうち、3 項目以上に該当
③ (栄養) 質問 No.11~12 までの 2 項目の、すべてに該当
④ (口腔) 質問 No.13~15 までの 3 項目のうち、2 項目以上に該当
⑤ (閉じこもり) 質問 No.16 に該当
⑥ (認知) 質問 No.18~20 までの 3 項目のうち、いずれか 1 項目以上に該当
⑦ (うつ) 質問 No.21~25 までの 5 項目のうち、2 項目以上に該当