

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		生年月日	明・大・昭	年	月 日
住 所	伊東市	希望するサービス内容			

質 問 項 目			○をお付けください				
日常生活	1	バスや電車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ることができますか	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ることはできますか	0 はい	1 いいえ			
	8	15分位続けて歩くことはできますか	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			
栄養	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	／ 2		
	12	身長_____cm 体重_____kg 【BMI=_____ (体重÷身長÷身長=18.5 未満が該当)】					
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	／ 3		
	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			
外出	16	週に1回以上は外出していますか	0 はい	1 いいえ	／ 2		
	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	／ 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	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	／ 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	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			
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