

基本チェックリスト

記入者名：本人・家族・居宅・包括・その他（ ）

記入日	年 月 日	備考
住所		
氏名	電話番号	
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 性別 男女	

<p><input type="checkbox"/> 総合1～20 (10/20コ)</p> <p>1 バスや電車で1人で外出できますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>2 日用品の買い物をしていますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>3 預貯金の出し入れをしていますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>4 友人の家を訪ねていますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>5 家族や友人の相談にのっていますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> 運動6～10 (3/5コ)</p> <p>6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>8 15分以上続けて歩いていますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>9 この1年間に転んだことがありますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>10 転倒に対する不安は大きいですか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 3/5 <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> 栄養11～12 (2/2コ)</p> <p>11 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>12 BMIが18.5未満である <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 2/2 <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> 口腔13～15 (2/3コ)</p> <p>13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>14 お茶や汁物等でむせることがありますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>15 口の渇きがきになりますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 2/3 <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> 閉じこもり16～17(16該当)</p> <p>16 週に1回以上は外出していますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 1/2 <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> 認知18～20 (いずれか)</p> <p>18 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>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 <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>20 今日が何月何日かわからないときがありますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p style="text-align: center;">総合10/20 <input type="checkbox"/> 認知1/3 <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> うつ21～25 (2/5コ)</p> <p>21 (ここ2週間) 毎日の生活の中に充実感がない <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>22 (ここ2週間) これまで楽しんでやっていたことが楽しめなくなった <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>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なった <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>24 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>25 (ここ2週間) わけもなく疲れた感じがする <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 2/5 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">該当項目に○を付けてください</p> <p>身長 _____cm 10個以上 閉じこもり</p> <p>体重 _____kg 運動 認知</p> <p><input type="checkbox"/> 立位姿勢保持不可 栄養 うつ</p> <p style="text-align: right;">口腔 <input type="checkbox"/> 事業対象者</p>
--	--

BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

<p>26 家族構成</p> <p>1 一人暮らし 5 その他 <input type="checkbox"/></p> <p>2 高齢者世帯</p> <p>3 単身高齢者と単身の子の世帯</p> <p>4 高齢者夫婦と単身の子の世帯</p>	<p>27 かかりつけ医</p> <p>1 いる <input type="checkbox"/></p> <p>2 いない</p>	<p>28 続けて、ここ2週間眠れない事がありますか</p> <p>1 ある <input type="checkbox"/></p> <p>2 ない</p>	<p>29 介護予防教室への参加希望</p> <p>1 ある <input type="checkbox"/></p> <p>2 ない</p>	<p>30 あなたの現在の健康状態はいかがですか</p> <p>1 よい 4 あんまりよくない <input type="checkbox"/></p> <p>2 まあよい 3 ふうつ 5 よくない <input type="checkbox"/></p>
---	--	---	---	--

総合事業の実施に当たり、この基本チェックリストに関する情報を、本事業の実施に必要な範囲で関係する者に情報提供をすることに同意します。

被保険者氏名 _____