

基本チェックリスト

※総合事業利用の場合は「総合事業利用申込書・基本チェックリスト」を使用

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"/> 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</p> <p style="text-align:center;">1/2 コ</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 言われていますか <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 コ 認知1/3 コ</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</p> <p style="text-align:center;">3/5 コ</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</p> <p style="text-align:center;">2/5 コ</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</p> <p style="text-align:center;">2/2 コ</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</p> <p style="text-align:center;">2/3 コ</p>

<p>BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)</p> <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 <input type="checkbox"/></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 <input type="checkbox"/></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 <input type="checkbox"/></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 5 よくない <input type="checkbox"/></p> <p>3 ふうふう</p>
--	--

該当項目に○を付けてください

身長 _____ cm 10個以上 閉じこもり

体重 _____ kg 運動 認知

立位姿勢保持不可 栄養 うつ

口腔 事業対象者