基本チェックリスト様式及び事業対象者に該当する基準

様式第1号

記入日：平成　　年　　月　　日（　　）　　　　　　　記入説明者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 |  | 住所 |  |
| 電話 |  |
| 希望するサービス内容 |  |
| No. | 質問項目 | 回答：いずれかに○をお付けください |
| 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 | 日用品の買い物をしていますか | 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ら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ヶ月間で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　　　　　cm　　 体重　　　　　kg　　（ＢＭＩ＝　　　　　　）(注) |
| 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 生活機能全般
 | №1～20までの20項目のうち10項目以上に該当 | 　　　／　２０ |
| ②　運動機能 | №6～10までの５項目のうち３項目以上に該当 | 　　　／　　５ |
| ③　栄養改善 | №11～12の２項目のすべてに該当 | 　　　／　　２ |
| ④　口腔ケア | №13～15までの３項目のうち２項目以上に該当 | 　　　／　　３ |
| ⑤　閉じこもり予防 | №16～17のうちに№16に該当 | 　　　／　　２ |
| ⑥　物忘れ予防 | №18～20までの３項目のうちいずれか１項目以上に該当 | 　　　／　　３ |
| ⑦　うつ予防 | №21～25までの５項目のうち２項目以上に該当 | 　　　／　　５ |

（注）この表における該当（No.12を除く。）とは、様式第一の回答部分に「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することをいう。この表における該当（No.12に限る。）とは、ＢＭＩ＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合をいう。