

基本チェックリスト

* 要支援・要介護認定者以外の方は基本チェックリストを添付してください。

実施日： 年 月 日

No.	質問項目	回答		判定基準
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	1～20項目のうち10項目以上及び運動機能測定5点以上該当の場合 <input type="checkbox"/> 該当
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	
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	運動器の機能向上(3項目以上該当する場合) <input type="checkbox"/> 該当
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か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	11及び12 <input type="checkbox"/> 該当
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	□ 口腔機能(13～15のうち2項目に該当) <input type="checkbox"/> 該当
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	16に該当 <input type="checkbox"/> 該当
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	認知機能(いずれか1つに該当) <input type="checkbox"/> 該当
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	うつ予防(2項目以上該当) <input type="checkbox"/> 該当
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	

(注) BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。

運動機能	栄養改善	口腔機能	閉じこもり	認知症	うつ支援	全体
/5	/2	/3	/2	/3	/5	/25

基本チェックリストにより事業対象者に(該当する ・ 該当しない)