

基本チェックリスト (案)

平成 年 月 日

氏名		様	生年月日	大正・昭和	年	月	日
記入者氏名			続柄 ()		電話番号 ()		
No.	質問項目	回答欄 (いずれかに○をお付け下さい)		点数			
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	/20 1~20 10点以上			
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	/5 3点以上			
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	/2 2点以上			
12	身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 18.5未満が該当						
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 2点以上			
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	/2 ⑩いいえに該当			
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されますか	1. はい	0. いいえ	/3 1点以上			
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	/5 2点以上			
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)以前は樂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				

※総合事業への参加が可能な場合は、この結果を愛西市が委託する地域包括支援センターや関係機関へ情報提供することに同意します。

(本人が窓口に来所できないなどの場合は、代理人署名によって本人の承諾を得たものとする)

※上記の返答・記載内容が虚偽であると発覚した場合、認定却下となりますのでご注意ください。

本人署名

代理人署名