様式第１号（第６条関係）

【 基本チェックリスト 】

記入日：　　　年　　月　　日

記入者氏名：

事業所名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日　(　　　歳) |
| 氏　名 |  | 住　所 |  |
| 希望するサービス内容 |  |
| ＮＯ | 質　　問　　項　　目 | 回　答 | 判　定 |
| 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 | (　 )/2010/20　以上 |  |
| 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 | (　)/53/5　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か月間で２～３㎏以上の体重減少がありましたか | 1.はい | 0.いいえ | (　)/22/2 |
| １２ | 身長　　　　ｍ　　　体重　　　　　ｋｇ（ＢＭＩ　　　　　） | 18.5　未満 |
| 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 | (　)/32/3　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 | (　)/2No.16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 | (　)/31/3　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 |  | (　)/52/5　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）１２の項目は、ＢＭＩ（＝体重（㎏）÷身長（ｍ）÷身長（ｍ））が18.5未満の場合に該当とする。