

知名町 基本チェックリスト

実施日			年 月 日		
氏名		男・女	生年月日	大正・昭和 年 月 日生 (歳)	
住所	知名町		電話番号		
記入者の氏名 (本人以外の場合)		続柄 ()	希望するサービス内容		
No.	質問項目	回 答		各欄の 1.に○が ついた数	
		※いずれかに○を お付けください			
1	バスや自家用車で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	BMIが18.5未満である 身長 cm 体重 kg (BMI =)	0. 非該当 (18.5以上)	1. 該当 (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		
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されますか	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		

事業対象者に該当する基準

1.	No. 1～20までの20項目のうち10項目以上に該当	/20	(複数の項目に該当)	
2.	No. 6～10までの5項目のうち3項目以上に該当	/5	(運動不足)	
3.	No. 11～12の2項目の全てに該当	/2	(栄養改善)	
4.	No. 13～15までの3項目のうち2項目以上に該当	/3	(口腔内ケア)	
5.	No. 16に該当	/1	(閉じこもり予防)	
6.	No. 18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	/3	(物忘れ予防)	
7.	No. 21～25までの5項目のうち2項目以上に該当	/5	(うつ予防)	