

山陽小野田市 基本チェックリスト

フリガナ		被保険者番号							
氏名		性別	男・女	生年月日	明 大 昭 年 月 日				
住所	山陽小野田市			電話番号	()				

記入日 :平成 年 月 日()

No.	質問項目	回答 (どちらかに○印)			1についた数
生活全般	1 バスや電車で1人で外出していますか 自分で車を運転して外出している場合も含まれます	0	はい	1	① 1~20のうち10個 <input type="checkbox"/>
	2 日用品の買い物をしていますか 買い物に出かけて、必要なものが買えていますか	0	はい	1	
	3 預貯金の出し入れをしていますか 窓口の手続きも含め、自分の判断で金銭管理をしていますか	0	はい	1	
	4 友人の家を訪ねていますか 電話やメールによる交流や、家族や親戚の家への訪問は含みません	0	はい	1	
	5 家族や友人の相談にのっていますか 電話やメールによる相談は含まれます	0	はい	1	
運動器の機能向上	6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか 時々使う程度であれば「はい」、能力があっても習慣的に使用している場合は「いいえ」とします	0	はい	1	② 6~10のうち3個 <input type="checkbox"/>
	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 時々使う程度であれば「はい」とします	0	はい	1	
	8 15分位続けて歩いていますか 屋内、屋外等の場所は問いません	0	はい	1	
	9 この1年間に転んだことがありますか 転倒したかどうかをお答えください	1	はい	0	
	10 転倒に対する不安は大きいですか ご自分の感じ方でお答えください	1	はい	0	

No.	質問項目	回答 (どちらかに○印)			1についた数	
栄養改善	11 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか 6ヶ月以上かかって減少した場合「いいえ」とします	1	はい	0	いいえ	③ 11～12のうち2個全部 <input type="checkbox"/>
	12 現在の身長()cm 体重()kg ※注(BMI=) (注)BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当す	1	18.5未満	0	18.5以上	
口腔機能向上	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか 半年以上前から続いていて、変化がない場合は「いいえ」とします	1	はい	0	いいえ	④ 13～15のうち2個 <input type="checkbox"/>
	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	
閉じこもり	16 週1回以上は外出していますか 過去1ヶ月の状態を平均してください	0	はい	1	いいえ	⑤ 16に該当 <input type="checkbox"/>
	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	
認知症予防	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 ご自分で物忘れを感じていても、周りの人に言われない場合は「いいえ」とします	1	はい	0	いいえ	⑥ 18～20のうち1個 <input type="checkbox"/>
	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 誰かに調べてもらう、ダイヤルしてもらい会話するだけの場合は「いいえ」とします	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 月と日の一方しかわからない場合には「はい」とします	1	はい	0	いいえ	
うつ予防	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	⑦ 21～25のうち2個 <input type="checkbox"/>
	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	
健康状態は？ 1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない						

市確認欄	判定結果	該当項目	実施者
	該当 ・ 非該当	① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤ ・ ⑥ ・ ⑦	