

基本チェックリスト様式

記入日： 令和 年 月 日()

| 氏名 | | 住所 | | 生年月日 | |
|------------|------------------------------------|----|----|------------------|-------------|
| 希望するサービス内容 | | | | | |
| No. | 質問項目 | | | 回答：いずれかに○をお付け下さい | |
| 1 | バスや電車で一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 | 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 |
| 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)以前まで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(÷)が18.5未満の場合に該当とする。