

基本チェックリスト

記入日 (令和 年 月 日)

氏名		生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)
住所		電話番号	— —
介護保険 被保険者番号		蔵王町家族介護 用品利用券	使っている ・ 使っていない

No	質問項目	回答		得点
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	
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	
		No. 1~5の合計		
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ますか	0. はい	1. いいえ	
8	15分間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	
		No. 6~10の合計		
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少はありましたか	1. はい	0. いいえ	
12	身長(cm) 体重(kg) (* BMI 18.5未満なら該当) * BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	1. はい	0. いいえ	
		No. 11~12の合計		
13	半年前に比べて堅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	
		No. 13~15の合計		
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	
		No. 18~20の合計		
		No. 1~20の合計		
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	
		No. 21~25の合計		

チェックリスト 実施担当者	
入力日	令和 年 月 日

該当項目
生活機能全般 ・ 運動機能低下 ・ 低栄養 ・
口腔機能低下 ・ 閉じこもり ・ 認知機能低下 ・
うつ