|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記載年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | 介護保険課使用欄 | | 被保番 | | | № |
| 住　所 | 〒 | | | 電　話　番　号 | | | |
| 小樽市 | | | －　　　　　　　　－ | | | |
| ふりがな |  | | 性別 | 生年月日 | 大正  昭和 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 氏　名 | 様 | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | 質 問 項 目 | 回　　　答  （いずれかに○を  お付けください） | |
| 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 |
| 6 | 階段を手すりや壁をつたわらずにのぼっていますか | 0．はい | 1．いいえ |
| 7 | イス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 |
| 12 | BMI＊18.5未満ですか　⇒　身長（　　　　　cm）　　体重（　　　　　　kg） | １．はい | ０．いいえ |
| ＊BMI＝体重（㎏）÷身長（m）÷身長（m）  　例）体重60ｋｇ、身長165ｃｍ（1.65ｍ）の場合　60÷1.65÷1.65＝22　⇒　「いいえ」 |
| 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言われますか | 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 |

基本チェックリスト

別紙１

様式4

基本チェックリスト