

【転ばない生活支援事業用】基本チェックリスト

被保険者番号	0 0 0	記入日	年 月 日	担当者	
フリガナ		住所	鶴岡市		
氏名					
生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
連絡先	氏名 (続柄)	電話		連絡可能な時間帯	
相談内容・既往歴等	※転ばない生活支援事業(手すり、シルバーカー、多点杖)が必要な理由を記載。				

	NO	質問項目	回答		判定
生活	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	
運動機能	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	()/5 3/5以上 ()
	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	
栄養	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	()/2 20
	12	身長 cm 体重 Kg (BMI =) (注)			2/2
口腔	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	()/3 10/20以上 2/3以上
	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	
外出	16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	()/2 No.16 該当
	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	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	()/3 1/3以上
	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	
こころ	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	()/5 2/5以上
	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	

(注) BMI=体重(Kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする

介護保険事業の適切な運営に活用するため、基本チェックリストを地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所へ提供することに同意します。また、福祉用具貸与・販売事業所へ提供することに同意します。

年 月 日 氏名 _____