様式第1号(第7項関係)

【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 氏名			住所	鶴岡市			
生年月日	明・大・昭 年　月　日	年齢　歳	性別	男・女	電話		
連絡先	氏名　（続柄　）		電話		連絡可能な時間帯		
設置・購入したい理由	※利用品目（ 手すり ・ シルバーカー ・ 多点杖） 事業所（ タマツ ・ コープ ・ 齋藤 ・ トーク ・ JAサービス ・ 庄内たがわ ・ やまがた）						

	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ら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	(　)/5	
	8	１５分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ	3/5以上	
	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
	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	2/3以上	
	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言われますか	1.はい	0.いいえ	(　)/3	
	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	1/3以上	
	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		
	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	(　)/5	
	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	2/5以上	
	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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿