

大和高田市 基本チェックリスト

記入日 : 年 月 日

被保険者番号	氏名	性別
--------	----	----

No	質問事項	回答 (いずれかに○をつけてください)		
1	バスや電車で一人で外出していますか (自分で車を運転して外出している場合も含まれます)	0. はい	1. いいえ	①
2	日用品の買物をしていますか (買い物に出かけて、必要なものが買えていますか)	0. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか (窓口の手続きも含め、自分の判断で金銭管理をしていますか)	0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか (電話やメールによる交流や、家族や親戚の家への訪問は含みません)	0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか (電話やメールによる相談は含まれます)	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 (時々使う程度であれば「はい」、能力があっても習慣的に使用している場合は「いいえ」とします)	0. はい	1. いいえ	② 6~10の合計
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 (時々使う程度であれば「はい」とします)	0. はい	1. いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか (屋内、屋外等の場所は問いません)	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 (転倒したかどうかをお答えください)	1. はい	0. いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか (ご自分の感じ方でお答えください)	1. はい	0. いいえ	点
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか 6ヶ月以上かかって減少した場合は「いいえ」とします	1. はい	0. いいえ	③ 11~12の点数
12	身長 cm 体重 kg (BMI=)(注)	1. 該当	0. 該当なし	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか (半年以上前から続いていて、変化がない場合は「いいえ」とします)	1. はい	0. いいえ	④ 13~15の合計
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 (過去1ヶ月の状態を平均してください)	0. はい	1. いいえ	⑤ 16
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	17
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 (ご自分でもの忘れを感じていても、周りの人に言われな場合は「いいえ」とします)	1. はい	0. いいえ	⑥ 18~20の合計
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 (誰かに調べてもらう、ダイヤルしてもらい会話するだけの場合は「いいえ」とします)	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	⑦ 21~25の合計
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	点

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合に「やせ」に該当する。

.....ここから下は記入しないでください.....

市 確 認 欄	判定結果	該当項目	受付	確認	備考
	該当 ・ 非該当	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦			