基本チェックリスト様式

様式１

記入日：　　　年　　月　　日（　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 住　所 |  | 生年月日 |  | | | |
| 希望するサービス内容 | |  | | | | | | |
| No. | 質問項目 | | | | | 回答：いずれかに○をお付けください | | |
| 生活機能全般 | | | | | | | | |
| 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 | |
| 運動の機能 | | | | | | | | |
| 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 | |
| 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 | |
| 栄養状態 | | | | | | | | |
| 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 | |
| 12 | 身長　　　　　cm　　 体重　　　　　kg　　（ＢＭＩ＝　　　　）※ | | | | | 1.はい | | 0.いいえ |
| 口腔の機能 | | | | | | | | |
| 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 | |
| 閉じこもり | | | | | | | | |
| 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 | |
| 認知症 | | | | | | | | |
| 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 | |
| うつ | | | | | | | | |
| 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 | |
| 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 | |