桜井市基本チェックリスト

受付者： 市・包括・居宅

被保険者番号（　　）　　記入日 ： 令和　　年　　月　　日

ふりがな 対象者氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年　月　日生	電話番号	（　　）
住　所	桜井市			性別	男 ・ 女

あなたは、ご自分で健康だと思いますか？ あてはまるものに〇をしてください。

1）とても健康である　2）まあまあ健康である　3）ふつう　4）あまり健康でない　5）健康でない

	No.	質 問 項 目	いずれかに〇をお付けください		網かけ欄の〇の数
生活全般	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	
運動器関係	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	
栄養関係	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	BMIが18．5未満である　※BMI＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m） 身長　　cm　　体重　　kg　　BMI （　　）	1. はい	0. いいえ	
口腔機能	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	
うつ関係	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	

※事務処理欄

区分	全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ	判　定
No.	1～20	6～10	11～12	13～15	16～17	18～20	21～25	□介護予防・生活支援サービス事業　→裏面へ
判定基準	10点以上	3点以上	2点全て	2点以上	No.16に該当	1点以上	2点以上	
該当項目（〇をする）								□一般介護予防事業 □要介護（支援）認定申請