

山北町基本チェックリスト

住 所	山北町		ふりがな	
電話番号	- -		氏 名	
生年月日	明・大・昭 年 月 日()歳			
記入日	平成	年	月	日
記入者	本人・家族・その他()			
町記入欄	番号	質問事項(右の「はい」「いいえ」を○で囲む)		回答
日常生活	1	バスや電車で1人で外出することができますか		0はい 1いいえ
	2	日用品の買い物をすることができますか		0はい 1いいえ
	3	預貯金の出し入れをすることができますか		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
	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以上体重が減りましたか		1はい 0いいえ
	12	身長()cm	体重()Kg	BMI(注)
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
頻外出	16	週に1回以上は外出していますか		0はい 1いいえ
	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
物忘れ	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
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることができますか		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
	22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれ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

(注)BMI(=体重Kg÷身長m÷身長m)が18.5未満の場合該当

<総合事業対象者に該当する基準>

①番号1～20までのうち10項目以上に該当	複数の項目に支障
②番号6～10までのうち3項目以上に該当	運動機能の低下
③番号11,12の2項目すべてに該当	低栄養状態
④番号13～15のうち2項目以上に該当	口腔機能の低下
⑤番号16に該当	閉じこもり
⑥番号18～20のうち1項目以上に該当	認知機能の低下
⑦番号21～25のうち2項目以上に該当	うつ病の可能性