基本チェックリスト

実施日　平成　　年　　月　　日　実施者

氏　名：　　生年月日：Ｔ・Ｓ　　年　　月　　日

住　所：紀美野町

		はい	いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか	0点	1点
2	日用品の買物をしていますか	0点	1点
3	預貯金の出し入れをしていますか	0点	1点
4	友人の家を訪ねていますか	0点	1点
5	家族や友人の相談にのっていますか	0点	1点
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	0点	1点
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点	1点
8	15分位続けて歩いていますか	0点	1点
9	この1年間に転んだことがありますか	1点	0点
10	転倒に対する不安は大きいですか	1点	0点
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1点	0点
12	身長　　ｃｍ　体重　　kg （BMI＝　　）（注）	1点	0点
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点	0点
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1点	0点
15	口の渇きが気になりますか	1点	0点
16	週に1回以上は外出していますか	0点	1点
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1点	0点
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点	0点
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点	1点
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1点	0点
21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	1点	0点
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点	0点
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点	0点
24	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	1点	0点
25	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	1点	0点

（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。

事業対象者

1～20まで（　　点）
10点以上の人
↓
①通いの場（いき百等）
②一般介護予防事業
④初期集中支援ﾁｰﾑ等

6～10まで（　　点）
3点以上の人
↓【運動機能低下】
①通いの場（いき百等）
②一般介護予防事業
（運動機能向上）

11～12まで（　　点）
2点以上の人
↓【低栄養】
②一般介護予防事業
（栄養改善）

13～15まで（　　点）
2点以上の人
↓【口腔機能低下】
②一般介護予防事業
（口腔機能向上）

16～17まで（　　点）
No.16の人
↓【閉じこもり】
①通いの場（サロン等）
②一般介護予防事業

18～20まで（　　点）
1点以上の人
↓【認知機能低下】
①通いの場（いき百等）
③保健福祉課（認知症地域支援推進員）
④初期集中支援ﾁｰﾑ等

21～25まで（　　点）
2点以上の人
↓【うつ】
③保健福祉課（保健師）
⑤受診勧奨

1項目も該当しない人
↓
①　通いの場（ｻﾛﾝ・いき百）
②　一般介護予防事業