

基本チェックリスト

記入日: 令和 年 月 日

住所	亀岡市 電話番号 0771- -
氏名	年 月 日 (歳)

次の質問に、「はい」か「いいえ」でお答えください。

質問内容	質問項目	回答
日常生活についてお聞きします	1 バスや電車で一人で外出ができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2 日用品の買い物ができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	3 預貯金の出し入れができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	4 友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	5 家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
運動機能の状態をお聞きします	6 階段を手すりや壁をつたわずに上れますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	7 いすに座った状態から何もつかまらずに立ち上がることができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	8 15分くらい続けて歩けますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	9 この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
栄養状態をお聞きします	10 転倒への不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	11 6ヶ月間で2~3kgの体重の減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
口腔機能の状態をお聞きします	12 身長 cm 体重 kg (*BMI=)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	14 お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
閉じこもり気味かどうかお聞きします	15 口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	16 週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
認知症の可能性がないかお聞きします	17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	18 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
うつの可能性がないかお聞きします	20 今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	23 (ここ2週間) これまで楽にできていたことがおっくうに感じられる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	24 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

10項目以上で該当

運動
3項目以上で該当

栄養
2項目以上で該当

口腔
2項目以上で該当

閉じこもり

認知機能

うつ

*BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当となります。

(例) 体重50kgで身長160cmの場合 BMI=50÷1.6÷1.6=19.5

「特定の未認定高齢者」 該当状況

実施者所属・氏名	亀岡市高齢福祉課 係 ㊟
実施者所属・氏名	地域包括支援センター ㊟