時津町　基本チェックリスト

記入日　　 　．　　．　　氏名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | | 番号 | 質　　　問 | | 回答  (いずれかに○を付ける) | |
| ⑦生活機能 | ①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 |
| ②運動機能 | 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分くらい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 |
| ③栄養 | 11 | ６か月間で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＝　　　　　　　）（注） | | | |
| ④口腔 | 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 |
| ⑤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 |
| ⑥認知 | 18 | 「いつも同じことを聞く」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ときがありますか | １．はい | | ０．いいえ |
| ⑧ 生 活 意 欲 | | 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 |

（注）BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合は低栄養となり、注意が必要です。

|  |
| --- |
| 町、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施にあたり、個人に関する必要な情報を、本事業の実施に必要な範囲で関係する機関などに提示することに  ・同意します　　　　　　・同意しません  ※どちらかに○印を付けてください。 |