

## 基本チェックリスト

◎太線の枠内についてご記入下さい。判定欄のご記入は必要ありません。

被保険者番号						事業所番号	4	2	0	0	1	0	0		
記入日						氏名	フリガナ	性別	男・女	明・大・昭 年 月 日 日生 ( 歳)					
令和		年		月						日					
住所	長崎市 町 丁目 番 号					電話									

NO	質問事項	回答	判定	
1	バスや電車で1人で外出していますか（付き添いなしで）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
2	日用品の買い物をしていますか（付き添いなしで）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか（付き添いなしで）	<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		
6	階段を手すりや壁を伝わらずに昇っていますか（ひとりで）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	( ) / 5	
7	いす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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
8	15分くらい続けて歩いていますか（付き添いなしで）	<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		
10	転倒に対する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以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
12	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> kg			20 / 2
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		( ) / 3
14	お茶や汁物でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
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（付き添いなしで）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	( ) / 2	
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	( ) / 3	
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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
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	( ) / 5	
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）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	<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		

※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が、18.5未満の場合に該当とする

（長崎市）