

### 基本チェックリスト採点基準

被保険者番号															
対象者氏名	ふりがな			男・女	対象者 生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日									
住所	藤枝市				電話番号										
記入者氏名				続柄			希望するサービス								
No.	質問項目(いずれかに○を付けてください。)						回答								
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							
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			【運動器】 No.6～10までのうち、3項目以上に該当(3/5以上)				
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							
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか						1. はい	0. いいえ			【低栄養状態】 No.11、12の2項目すべてに該当(2/2以上)				
12	身長 cm・体重 kg (BMI ) ※ BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。						1. はい	0. 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						1. はい	0. いいえ			【口腔機能】 No.13～15までのうち、2項目以上に該当(2/3以上)				
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							
16	週に1回以上は外出していますか						0. はい	1. いいえ			【閉じこもり】 No.16に該当				
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							
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			【認知症】 No.18～20までのいずれか1項目以上に該当(1/3以上)				
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	今日が何月何日か分からない時がありますか						1. はい	0. いいえ							
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			【うつ】 No.21～25までのうち2項目以上に該当(2/5以上)				
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							

【総合】  
No.1～20までの20項目のうち、10項目以上に該当(10/20以上)

【運動器】【低栄養状態】【口腔機能】【閉じこもり】【認知症】【うつ】または【総合】のいずれかに該当すれば、『事業対象者』となる。