水戸市長　様

**水戸市基本チェックリスト（　新規　・　切替　）**実施日：　　　　　年　　　月　　　日

実施者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名 |  | 性別 | 　男　女　 |
| 住所 |  | 電話 |  | 生年月日 | M・T・S　　　年　　月　　日　　 　　　　　（　　　歳） |

◎次の質問をお読みいただき，該当する回答（はい，いいえ）を〇で囲んでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **質　問　事　項** | 　 **回　　答**(いずれかに〇をお付けください) |
| 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か月間で2～3㎏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　　　　　㎏　　ＢＭＩ＝　　　　　　 | (注)BMI=体重(㎏)÷身長(ｍ)÷身長(ｍ) 　　18.5未満で‘はい’に〇 | 　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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |

情報提供に同意する場合は署名欄に自署してください。

　介護予防サービス・支援計画等を作成するときに必要がある時は，医師又は事業実施者に提示することに同意します。

**署名欄**

確認欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 質問項目 | No.１～20(10点以上) | No.6～10(3点以上) | No.11～12(2点) | BMI18.5未満 | No.13～15(2点以上) | No.16(16に該当) | No.18～20(1点以上） | No.21～25(2点以上) |
| 全般 | 運動 | 栄養 | 口腔 | 閉じこもり | 認知症 | うつ |
| 点　数 |  |  |  | BMI　 |  |  |  |  |
| 該当に○ |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 確認者 |
|  |