様式第２号（第４条関係）

**基本チェックリスト**　　　　記入日：　　　　年　 　月 　　日　　担当者：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　 　月　 　日 |
| 住　所 | 鬼北町大字 | 連絡先 |  |
| 希望する事業（〇）で囲む | 住宅改修　　　　・　　　　福祉用具購入 |
|  |  |
| No. | 質問項目 | 回答（〇で囲む） |
| 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 | 日用品の買い出しをしていますか | 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あがっていますか | 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 | 0.いいえ | 1.はい |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | 0.いいえ | 1.はい |
| 11 | ６ヵ月間で２～３kg 以上の体重減少がありましたか | 0.いいえ | 1.はい |
| 12 | 身長　　　　　ｃｍ　　体重　　　　　　ｋｇ 　(ＢＭＩ＝　　　　 )　(注) | 0.18.5以上 | 1.18.5未満 |
| 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | 0.いいえ | 1.はい |
| 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか | 0.いいえ | 1.はい |
| 15 | 口の渇きが気になりますか | 0.いいえ | 1.はい |
| 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 | 0.いいえ | 1.はい |
| 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 | 0.いいえ | 1.はい |
| 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 | 0.いいえ | 1.はい |
| 21 | （ここ２週間）毎日の生活に充実感がない | 0.いいえ | 1.はい |
| 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 | 0.いいえ | 1.はい |
| 23 | （ここ２週間）以前は楽にできていたことが今では億劫に感じられる | 0.いいえ | 1.はい |
| 24 | （ここ２週間）自分が役に立つ人間だと思えない | 0.いいえ | 1.はい |
| 25 | （ここ２週間）わけもなく疲れたような感じがする | 0.いいえ | 1.はい |

（注）ＢＭＩ＝体重（Ｋｇ）÷身長（ｍ）÷身長（ｍ）が18.5未満の場合に該当する。

〇事業対象者に該当する基準

|  |  |
| --- | --- |
| 1. No.１～20までの20項目のうち10項目以上に該当
 | 複数の項目に支障 |
| 1. No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当
 | 運動機能の低下 |
| 1. No.11～12の2項目のすべてに該当
 | 低栄養状態 |
| 1. No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当
 | 口腔機能の低下 |
| 1. No.16～17の2項目のうちNo.16に該当
 | 閉じこもり |
| 1. No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
 | 認知機能の低下 |
| 1. No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当
 | うつ病の可能性 |