

基本チェックリスト

(北名古屋市介護予防・日常生活支援総合事業)

記入日 令和 年 月 日

氏名		生年月日	T . S	年	月	日
住所・電話	北名古屋市 () -					

1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ	/ 20
2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	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	はい	いいえ	/ 5
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	はい	いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ	
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ	/ 2
12	身長 (. cm) ・体重 (. kg)	BMI ()		
13	半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ	/ 3
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか。	はい	いいえ	/ 1
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ	/ 3
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言われますか	はい	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	はい	いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ	
21	最近2週間、毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ	
22	最近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	はい	いいえ	/ 5
23	最近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	はい	いいえ	
24	最近2週間、自分が役に立つ人間だと思えない	はい	いいえ	
25	最近2週間、わけもなく疲れたような感じがする	はい	いいえ	