

基本チェックリスト

氏名	予防 おさむ	生年月日	昭和15年5月4日
住所	名古屋市中村区猪之越町1036番地	電話番号	052-036-0363

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
2	日用品の買物をしていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
11	6ヵ月間で2～3 kg以上の体重減少がありましたか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
12	身長 170.0 cm 体重 60.0 kg (BMI 20.8) (注)		
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="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> 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言われますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ

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

介護ソフト介舟ファミリー: <http://www.ofours.com/kaishu/>