様式２

日立市　基本チェックリスト

		実 施 日	
氏　　名	男 ・ 女	生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日生（　　歳）
住　　所	日立市　　町	自宅電話	
記入者 （本人以外）	（続柄）	記入者連絡先	
希望する連絡先	□本人（自宅）　□記入者　□その他（　　TEL　　）		

Ｎｏ	質問項目	回　答 ※いずれかに○をお付けください		網かけ欄の○の数
1	バスや電車で１人で外出していますか	はい	いいえ	
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らずに昇っていますか	はい	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	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	いいえ	はい	
10	転倒に対する不安は大きいですか	いいえ	はい	
11	６ヶ月間で２～３kg以上の体重減少がありましたか	いいえ	はい	
12	ＢＭＩが１８．５未満である　※ＢＭＩ＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 身長　　cm　体重　　kg　（ＢＭＩ＝　　）	いいえ (18.5以上)	はい (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	いいえ	はい	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい	
15	口の渇きが気になりますか	いいえ	はい	
16	週に１回以上は外出していますか	はい	いいえ	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	いいえ	はい	
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	いいえ	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	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	いいえ	はい	
21	（ここ２週間）毎日の生活に充実感がない	いいえ	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	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
24	（ここ２週間）自分が役に立つ人間だと思えない	いいえ	はい	
25	（ここ２週間）わけもなく疲れたような感じがする	いいえ	はい	

表1　事業対象者に該当する基準

１．	番号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）
２．	番号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）
３．	番号１１～１２の２項目の全てに該当	（低栄養状態）
４．	番号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）
５．	番号１６～１７の２項目のうち番号１６に該当	（閉じこもり）
６．	番号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）
７．	番号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）

上記１～７のいずれかに当てはまる場合、事業対象者に該当します。

1. 日立市　2. 聖孝園
3. 鮎川さくら館　4. 成華園
5. 金沢弁天園　6. サン豊浦
7. 銀砂台　8. 神峰の森
9. 小咲園

担当包括