|  |  |
| --- | --- |
| 実施日 | 年　　月　　日 |
| 受付  対応者 | 包括　・　市　・　居宅  氏名（　　　　　　　） |

様式２-１

基本チェックリスト（福井市元気度調査）

**保険者番号：** **被保険者氏名 ：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 質問項目 | 回答（いずれかに  ○をお付け下さい） | | 事業対象者に  該当する基準 | |
| １ | バスや電車で一人で外出していますか | 0.はい | 1.いいえ | □ 10項目以上に  該当 | |
| 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 | 〈運動機能〉  □ 3項目以上に  該当 |  |
| ７ | 椅子に座った状態からなに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 | 〈栄養状態〉  □　2項目に該当 |
| 12 | ＢＭＩが18.5未満である（※）  身長 ㎝ 体重 ㎏（ＢＭＩ ） | 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 | 〈口腔機能〉  □ 2項目以上に  該当 |
| 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 | 〈閉じこもり〉  □ №16に該当 |
| 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 | 〈認知機能〉  □ 1項目以上に  該当 |
| 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 | 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 | 〈こころ、うつ 〉  □ 2項目以上に  該当 |  |
| 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 |

* ＢＭＩ＝体重（㎏）÷身長（ｍ）÷身長（ｍ）が１８．５未満の場合に該当する