

神戸市 評価用チェックリスト

別紙3

被保険者番号									
フリガナ									
氏名									

No.	チェック方法	質問項目	【いずれかに○をお付けください】		小計
1	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	No.1~3 /3
2	1	日用品の買い物をしていますか	0:はい	1:いいえ	
3	1	家族や友人の相談にのっていますか	0:はい	1:いいえ	
4	2	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0:はい	1:いいえ	No.4~8 /5
5	2	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	0:はい	1:いいえ	
6	2	15分位続けて歩いていますか	0:はい	1:いいえ	
7	1	この1年間に転んだことがありますか	1:はい	0:いいえ	
8	1	転倒に対する不安は大きいですか	1:はい	0:いいえ	
9	2	肥満度(BMI)は、18.5未満ですか 身長 cm 体重 kg(BMI=) ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	1:はい	0:いいえ	No.9 /1
10	1	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	No.10~11 /2
11	1	口の渇きが気になりますか	1:はい	0:いいえ	
12	1	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	No.12 /1
13	2	いつも同じ事を聞くなどの物忘れがありますか	1:はい	0:いいえ	No.13 /1
14	1	(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	No.14~15 /2
15	1	(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	1:はい	0:いいえ	

実施事業所名	実施者名:
評価用チェックリスト実施日:	平成 年 月 日

チェック方法

- 1・・・利用者本人がチェック、またはスタッフが本人に聞き取りチェック
- 2・・・スタッフが主観でチェック(No.9は日々の測定結果に基づきチェック)