

# 基本チェックリスト

☐ 評価用チェックリスト

記入日	令和元年11月20日 ( 8 回目 )		作成者	花子	
記入者	本人・家族・その他 ( )		機 関	大泉地域包括支援センター	
フリガナ	初マクワ	本人承諾	対 象		
本人氏名	練馬 太郎		(男) 女	昭和15年04月01日 生 ( 79 ) 歳	
住 所				電 話	
地 区				携 帯	
希望するサービス内容				FAX	
主 訴	筋トレに参加予定				
作成区分	問診 ・ 自己記入	健診区分	集団 ・ 個別	登録日	令和元年11月20日
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	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか			<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> いいえ
4	友人の家を訪ねていますか			0. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか			0. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
運動不足に関する項目 ( 4 点 / 5 点 ) 事業対象者 運動不足:					
握力 ( kg ) [ < 29 ] / 開眼片足立時間 ( 秒 ) [ < 20 ] / 10m歩行速度 ( 秒 ) [ ≥ 8.8 ] 計: 0 点					
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか			0. はい	<input checked="" 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			0. はい	<input checked="" 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	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか			<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか			<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ
栄養改善に関する項目 ( 0 点 / 2 点 ) 栄養改善:					
血清アルブミン値 ( g/dl ) [ ≤ 3.5 ]					
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか			1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
12	身長 150 cm 体重 45 kg ( BMI = 20 ) (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。				
口腔内ケアに関する項目 ( 2 点 / 3 点 ) 事業対象者 口腔内ケア:					
反復唾液嚥下テスト 3回以上・未満 [ < 3 ] / 視診所見あり(口腔内)					
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	<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 checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか			<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ
閉じこもり予防に関する項目 ( 1 点 / 2 点 ) 閉じこもり予防:					
16	週に1回以上は外出していますか			<input checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか			<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ
物忘れ予防に関する項目 ( 3 点 / 3 点 ) 事業対象者 物忘れ予防:					
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されますか			<input checked="" type="radio"/> はい	0. 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			0. はい	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ
うつ予防に関する項目 ( 3 点 / 5 点 ) 事業対象者 うつ予防:					
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない			1. 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 checked="" type="radio"/> 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	<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 checked="" type="radio"/> 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			<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ
1~20までのうち10項目以上該当する場合、事業対象者				合計: 13/20点	質問項目合計: 16/25点

**要安全管理：**

地域長寿チェックシートの結果は、区からの高齢長寿事業のご案内などに利用させていただきます。  
地域長寿チェックシートの結果を高齢者相談センターと共有することに  
同意しない場合のみ右の□にチェック(☑)をお願いします。

[illegible]