

基本チェックリスト(都城市)

※ 太枠のみ記入してください

被保険者NO.		実施日	年	月	日
氏名	生年月日	明・大・昭	年	月	日(歳)
住所	都城市 町				
性別	男 ・ 女	電話番号	—		

No.	質問項目			
1	バスや電車で1人で外出していますか(車やバイクの運転も含みます)	はい	いいえ	
2	自分で日用品の買物をしていますか	はい	いいえ	
3	自分で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	階段や段差を手すりや壁をつたわ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	はい	いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ	
11	6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ	
12	身長(cm) cm 体重(Kg) Kg			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ	
15	日常的に口の渇きが気になりますか	はい	いいえ	
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	はい	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されますか	はい	いいえ	
19	自分で電話番号を調べて(携帯での検索も含む)、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	はい	いいえ	

ここから下の質問(21~25)はここ2週間の状況についてたずねています。

21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がないと感じますか	はい	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と感じますか	はい	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ますか	はい	いいえ	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えないと感じますか	はい	いいえ	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがしますか	はい	いいえ	