

氏名 <small>ふりがな</small>	記入日	年	月	日
住所 米沢市	性別	男	女	
電話番号	生年月日	年	月	日(才)
記入者	本人	家族	その他	家族構成 一人暮らし 家族と同居 その他

基本チェックリスト（日常生活についての質問）				回答（あてはまる方に○）	
暮らし	1	バスや電車で1人で外出していますか（車、徒歩、自転車、バイクも含む）	はい○	いいえ○	1
	2	日用品の買い物をしていますか	はい○	いいえ○	1
	3	自ら預貯金の出し入れをしていますか	はい○	いいえ○	1
	4	友人の家を訪ねていますか	はい○	いいえ○	1
	5	家族や友人の相談にのっていますか	はい○	いいえ○	1
運動	6	手すりや壁をつたわずに階段を昇っていますか ※昇ることは出来るが、習慣的に手すり等を使用している場合は「いいえ」に○	はい○	いいえ○	1
	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○	1
	8	15分位続けて歩いていますか	はい○	いいえ○	1
	9	この1年間に転んだことがありますか	はい○	いいえ○	0
	10	転倒に対する不安は大きいですか	はい○	いいえ○	0
栄養	11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい○	いいえ○	0
	12	体重：() kg 身長：() cm BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合は「はい○」			
お口	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○	0
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい○	いいえ○	0
	15	口の渇きが気になりますか	はい○	いいえ○	0
外出	16	週に1回以上は外出していますか	はい○	いいえ○	1
	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○	0
物忘れ	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○	0
	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○	1
	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○	0
こころ	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	はい○	いいえ○	0
	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	はい○	いいえ○	0
	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	はい○	いいえ○	0
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	はい○	いいえ○	0
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	はい○	いいえ○	0
健康状態	1. よい 2. まあよい 3. ぶつう 4. あまりよくない 5. よくない				

包括又は居宅事業所記入	項目	生活	運動	栄養	口腔	閉	認	うつ	主観的健康観
	質問No.	1～20	6～10	11,12	13～15	16	18～20	21～25	
	基準点	10点以上	3点以上	2点以上	2点以上	16-1 11111	1点以上	2点以上	
	点数	点	点	点	点	点	点	点	
対象区分									
介護認定申請対象				総合事業対象者 (項目いずれかが基準点以上)			一般介護予防対象 (基準点未満)		