

基本チェックリスト

保険者番号 被保険者番号

※太枠線のみ記入をお願いいたします。

以下の質問について「はい」か「いいえ」に を付けてください。

	質 問 項 目	回 答	
		はい	いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ※
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ※
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ※
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ※
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ※
6	階段を手すりや壁をつたわず昇っていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ※
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ※
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ※
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/>
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/>
11	6ヶ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/>
12	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/>
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/>
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/>
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ※
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/>
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 type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ※
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> ※	<input type="checkbox"/>
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

記入日 年 月 日氏名 [自署] (代筆)

■全てお答えいただいていますか？ もう一度確認してみてください。