

資料5

豊齢力チェックリスト様式

記入日：平成 年 月 日()

氏名		住所		生年月日	
希望するサービス内容					
No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください			
1	バスや電車で1人で外出していますか (自分で自家用車を運転して外出する場合も含みます)	0.はい	1.いいえ		
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか (自分で窓口に行く等、ご自身の判断で金銭管理を行っていますか)	0.はい	1.いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか (電話での相談も含みます)	0.はい	1.いいえ		
6	階段の手すりや壁を伝わらずに昇っていますか	0.はい	1.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	1.いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ		
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ		
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重の減少がありましたか	1.はい	0.いいえ		
12	BMIは18.5以上ですか BMI=体重()kg÷身長()cm÷身長()cm×10,000	0.はい (18.5以上)	1.いいえ (18.5未満)		
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	0.いいえ		
14	お茶や汁物などでむせることがありますか	1.はい	0.いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか (近所への散歩も含みます)	0.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	1.はい	0.いいえ		
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」など、物忘れがあるといわれますか	1.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	1.いいえ		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.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	1.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	0.いいえ		
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.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	1.はい	0.いいえ		

事業対象者に該当する基準

- | |
|-------------------------------------|
| ① 質問項目No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当 |
| ② 質問項目No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当 |
| ③ 質問項目No.11～12の2項目のすべてに該当 |
| ④ 質問項目No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当 |
| ⑤ 質問項目No.16に該当 |
| ⑥ 質問項目No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当 |
| ⑦ 質問項目No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当 |