

合志市介護予防・日常生活支援総合事業 基本チェックリスト

記入日（ 年 月 日）

氏名		男・女	生年月日	年 月 日
住所	合志市		要介護度	認定なし・要支援1・要支援2
No	質問項目	回答		
1	バスや電車で1人で外出していますか	O. はい	1. いいえ	
2	日用品の買物をしていますか	O. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	O. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	O. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	O. はい	1. いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	O. はい	1. いいえ	
7	椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか	O. はい	1. いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	O. 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	O. いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	O. いいえ	
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	O. いいえ	
12	身長 cm 体重 kg (BMI)			
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	O. いいえ	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	O. いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	O. いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	O. 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	O. 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	1. はい	O. 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	O. 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	O. いいえ	
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	O. 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	O. 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	O. 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	O. 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	O. いいえ	
独自質問項目				
26	【主観的健康感】 現在の健康状態はいかがですか	5.よい 4.まあよい 3.ふつう 2.あまりよくない 1.よくない		
27	【生活満足度】 毎日の生活に満足していますか	5.満足 4.やや満足 3.ふつう 2.やや不満 1.不満		
28	【介護予防の習慣化】 ご自宅でストレッチや筋力トレーニング、散歩など軽い体操を行っていますか	4.ほぼ毎日 3.週2～3回 2.週1回程度 1.していない		