表1

事業対象者申請用紙

基本チェックリスト

記入日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和  　　年　　　月　　　日 | 電話番号 | （　　　　　　） |
| 対象者氏名 |  |
| 住 所 | 宮代町 | | | 代 理 | （続柄　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 質問事項　　「はい」か「いいえ」に○をつけてください | はい | いいえ |  | **事業対象者の**  **判定** |
| 1 | バスや電車で一人で外出していますか | 0点 | 1点 |  |  |
| 2 | 日用品の買い物をしていますか | 0点 | 1点 |  | **No1-20まで　　　点**  10点以上の方は、事業対象です。 |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | 0点 | 1点 |  |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | 0点 | 1点 |  |
| 5 | 家族や友人の相談に乗っていますか | 0点 | 1点 |  | **No6-10まで　　　点**  3点以上の方は、事業対象です。  【運動機能低下の恐れ】 |
| 6 | 階段を手すりや壁を伝わらずに昇っていますか | 0点 | 1点 |  |
| 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点 | 1点 |  |
| 8 | 15分くらい続けて歩いていますか | 0点 | 1点 |  | **No11-12まで　　　点**  2点以上の方は、事業対象です。  【低栄養の恐れ】 |
| 9 | この1年間で転んだことはありますか | 1点 | 0点 |  |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | 1点 | 0点 |  |
| 11 | 6か月で2～3ｋｇ以上の体重減少がありましたか | 1点 | 0点 |  | **No13-15まで　　　点**  2点以上の方は、事業対象です。  【口腔機能低下の恐れ】 |
| 12 | BMI＝体重(　　　　　)Kg÷身長(　　　　)m÷身長(　　　　)m  BMIが18.5未満ですか | 1点 | 0点 |  |
| 13 | 半年前に比べて固いものがたべにくくなりましたか | 1点 | 0点 |  |
| 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか | 1点 | 0点 |  | **No16-17まで　　 点**  16が1点の方は、事業対象です。  【閉じこもりの恐れ】 |
| 15 | 口の渇きが気になりますか | 1点 | 0点 |  |
| 16 | 週に1回以上は外出していますか | 0点 | 1点 |  |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | 1点 | 0点 |  | **No18-20まで　　 点**  1点以上の方は、事業対象です。  【認知機能低下の恐れ】 |
| 18 | 周りの人からいつも同じことを聞くなどの物忘れがあるといわれますか | 1点 | 0点 |  |
| 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点 | 1点 |  |
| 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | 1点 | 0点 |  | **No21-25まで　　　点**  2点以上の方は、事業対象です。  【抑うつ状態の恐れ】 |
| 21 | (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない | 1点 | 0点 |  |
| 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点 | 0点 |  |
| 23 | (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる | 1点 | 0点 |  | |
| 24 | (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない | 1点 | 0点 |  |
| 25 | (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする | 1点 | 0点 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家族構成 | 緊急連絡先 | | | | |
|  | 番号 | 名前 | 電話番号 | 住所 | 続柄 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 今までの病気 | | | | |
| 時期 | 病名 | かかりつけ医 | 経過 | 治療（薬） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 申請（更新）理由 |
|  |