

海老名市元気度チェックリスト

記載日 年 月 日

氏名：

住所：

生年月日： 大正・昭和 年 月 日 (歳)

電話番号：

☆以下の質問について該当する番号を回答欄にご記入ください。

		回答欄
1. バスや電車で1人で外出していますか	0. はい 1. いいえ	
2. 日用品の買物をしていますか	0. はい 1. いいえ	
3. 預貯金の出し入れをしていますか	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	0. 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	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れますか	0. はい 1. いいえ	
8. 15分くらい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か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい 0. いいえ	
12. 身長 <u> </u> cm 体重 <u> </u> kg BMI (注) = <u> </u> が18.5未満ですか	1. はい 0. いいえ	
(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)		
13. 6か月前に比べて固い物が食べにくくなりましたか	1. はい 0. いいえ	
14. お茶や汁物等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	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「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい 0. いいえ	
19. 自分で電話番号を調べて、電話を掛ける事をしていますか	0. はい 1. いいえ	
20. 今日が何月何日か分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事が楽しめない	1. はい 0. いいえ	
23. (ここ2週間) 以前は楽に出来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) 訳もなく疲れたような感じがする	1. はい 0. いいえ	

『本人同意欄』

事業対象者に該当した場合、介護予防ケアマネジメントを行うために、この海老名市元気度チェックリストの記載内容を海老名市及び担当の地域包括支援センター等に提供することに同意します。

本人氏名

代筆者氏名