

# 記入例

## 基本チェックリスト

◎太線の枠内についてご記入下さい。判定欄のご記入は必要ありません。

被保険者番号	000	事業所番号	4200100
記入日	令和01年05月△□日	氏名	長崎 花子
住所	長崎市 桜 町 丁目 2 番 22 号	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
		電話	822-8888
			明・大・ <input checked="" type="radio"/> 暗
			9年△月□日生 (82歳)

NO	質問	回答	判定
1	バスや電車で1人	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	10以上
2	日用品の買い物をしていますか (付き添いなしで)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか (付き添いなしで)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
5	家族や友人の相談にの	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
6	階段を手すりや壁を伝	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
7	いすに座った状態から何	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
8	15分くらい続けて歩	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
9	この1年間に転んだこと	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
10	転倒に対する不安は大き	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
11	6ヶ月間で2~3Kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	20
12	身長 147.2 cm 体重 052.3 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"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	(11) 3以上
14	お茶や汁物でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
15	口の渴きが気になりますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか (付き添いなしで)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	2以上
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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されますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	16該当
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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
21	(ここ2週間) はい・いいえに下線が付いて	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	(1) 1以上
22	(ここ2週間) なった	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
23	(ここ2週間) に感じられる	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
24	(ここ2週間)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

数字は左詰めで記入します。

回答は、四角の中に斜線を記入します。逆の斜線・☑等でも可能ですが、機械での認識となるため、出来る限り例のとおりご記入ください。

はい・いいえに下線が付いている回答をした場合に、該当項目としてカウントします。

※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が、18.5未満の場合に該当とする

(長崎市)

事業対象者該当基準：いずれか1つでも該当すれば、事業対象者になります。