

豊島区アセスメントシート

氏名 事例1と2を比較してみよう		事例1		事例2	
No	質問項目	回答		回答	
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	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	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	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	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	0. はい	1. いいえ
(No. 1~5の合計)		3/5		1/5	
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	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	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	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	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	1. はい	0. いいえ
No.6~10の計 3点以上 <input checked="" type="checkbox"/>		運動機能		5/5	
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	1. はい	0. いいえ
12	身長(m)体重(kg) BMI() >18.5	1. はい	0. いいえ	1. はい	0. いいえ
	*BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))18.5未満なら該当				
No.11~12の計 2点以上 <input type="checkbox"/>		栄養改善		0/2	
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	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	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	1. はい	0. いいえ
No.13~15の計 2点以上 <input type="checkbox"/>		口腔ケア		1/3	
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	0. はい	1. いいえ
No.16の計 1点以上 <input checked="" type="checkbox"/>					
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	1. はい	0. いいえ
閉じこもり		1/2		1/2	
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	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	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	1. はい	0. いいえ
No.18~20の計 1点以上 <input checked="" type="checkbox"/>		物忘れ		2/3	
No.1~20の計 10点以上 <input checked="" type="checkbox"/>		No. 1~20の合計 生活全般		12/20	
No.21~25の計 2点以上 <input checked="" type="checkbox"/>		うつ・引きこもり		3/5	
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	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	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はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ	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	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	1. はい	0. いいえ

※上記の□に該当の場合は総合事業対象 項目ごとの合計数を計画表に転記