

## 基本チェックリスト

フリガナ				被保険者番号			
氏名				性別	男・女	生年月日	大・昭 年 月 日
住所				電話番号	( )		

記入日：令和 年 月 日( )

介護予防・生活支援サービス事業

該当・非該当

No.	質問項目	回答 (どちらかに○印)				※一次判定	
生活全般	1	バスや電車で1人で外出していますか 自分で車を運転して外出している場合も含まれます	0	はい	1	いいえ	① 1～20のうち10個 <input type="checkbox"/>
	2	日用品の買い物をしていますか 買い物に出かけて、必要なものが買えていますか	0	はい	1	いいえ	
	3	預貯金の出し入れをしていますか 窓口の手続きも含め、自分の判断で金銭管理をしていますか	0	はい	1	いいえ	
	4	友人の家を訪ねていますか 電話やメールによる交流や、家族や親戚の家への訪問は含みません	0	はい	1	いいえ	
	5	家族や友人の相談にのっていますか 電話やメールによる相談は含まれます	0	はい	1	いいえ	
運動	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか 時々使う程度であれば「はい」、 能力があっても習慣的に使用している場合は「いいえ」とします	0	はい	1	いいえ	② 運動のうち 3個 <input type="checkbox"/>
	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 時々使う程度であれば「はい」とします	0	はい	1	いいえ	
	8	15分位続けて歩いていますか 屋内、屋外等の場所は問いません	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 転倒したかどうかをお答えください	1	はい	0	いいえ	
	10	転倒に対する不安は大きいですか ご自分の感じ方でお答えください	1	はい	0	いいえ	

※一次判定欄は地域包括支援センター等の面接実施者が使用します

No.	質問項目	回答 (どちらかに○印)			※一次判定	
栄養	11 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか 6ヶ月以上かかって減少した場合は「いいえ」とします	1	はい	0	いいえ	③ 栄養の2個 全部  <input type="checkbox"/>
	12 現在の身長( )cm 体重( )kg ※注(BMI= )					
歯・口	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか 半年以上前から続いていて、変化がない場合は「いいえ」とします	1	はい	0	いいえ	④ 歯・口の うち2個  <input type="checkbox"/>
	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	
外出	16 週1回以上は外出していますか 過去1ヶ月の状態を平均してください	0	はい	1	いいえ	⑤ 16に該当  <input 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	
もの忘れ	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 ご自分で物忘れを感じていても、 周りの人に言われない場合は「いいえ」とします	1	はい	0	いいえ	⑥  もの忘れの うち1個  <input type="checkbox"/>
	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 誰かに調べてもらう、 ダイヤルしてもらい会話するだけの場合は「いいえ」とします	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 月と日の一方しかわからない場合には「はい」とします	1	はい	0	いいえ	
こころ	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	⑦  こころの うち2個  <input type="checkbox"/>
	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	
	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	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)わけもなく疲れたような感じがする	1	はい	0	いいえ	

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

※一次判定欄は地域包括支援センター等の面接実施者が使用します

主な疾病名		医療機関		主治医	
緊急連絡先			日中の連絡先		
氏名	電話番号		氏名	電話番号	

市確認欄	判定結果	該当項目	受付	確認	備考(希望するサービス)
	該当・非該当	①・②・③・④・⑤・⑥・⑦			