

記入日： 年 月 日

匝瑳市 基本チェックリスト様式

被保険者 番号			記入 担当者			
氏 名		生 年 月 日	明治 大正 昭和	年 月 日	性別	男・女
住 所	匝瑳市			電 話		
希望するサービス内容		訪問型サービス・通所型サービス・その他の生活支援サービス				
NO	質 問 項 目		回 答		判 定	
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	複数の項目に支障	
2	日用品の買い物をしていますか		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	運動機能低下	
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		
8	15分位続けて歩いていますか		0. はい	1. いいえ	( )/5	3/5以上
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		
12	身長	cm	体重	Kg	(BMI = ) (注)	
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	10/20以上	口腔機能の低下
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	( )/3 2/3以上	
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	閉じこもり ( )/2 No.16該当	
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、電話をかけることをしていますか		0. はい	1. いいえ	認知機能の低下 ( )/3 1/3以上	
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		
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	うつ病の可能性	( )/5 2/5以上
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

介護予防ケアマネジメントの円滑な実施を図るため、基本チェックリストの記載内容等について、高齢者支援課・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護予防・生活支援サービス事業所、主治医その他必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_