

基本チェックリスト(65歳以上対象)

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

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

相談者氏名(続柄)	※この結果を、介護保険法に基づきお住まいの市町村及び地域包括支援センター等に提供し、介護予防事業等に活用されることに同意します。 【本人署名 _____】
-----------	--

No.	質問項目	回答欄 いずれかに☑を付けてください		点数	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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	/ 5	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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	3 預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	4 友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	5 家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	/ 5	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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	8 15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	9 この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	10 転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
栄養	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 type="checkbox"/> いいえ	/ 2	栄養の2個全部 <input type="checkbox"/>
	12 身長()cm, 体重()kg ⇒ BMI=() ※(注)参照				
口腔	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 type="checkbox"/> いいえ	/ 3	口腔のうち2個 <input type="checkbox"/>
	14 お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	15 口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
外出	16 週に1日以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	/ 2	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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
物忘れ	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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	/ 3	物忘れのうち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	<input 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 type="checkbox"/> 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。				小計	/ 20

こころ	21 (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	/ 5	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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	24 (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/> はい	<input 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 type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		

(すべて答えたかどうか、もう一度ご確認ください。)

合計	/ 25
----	------

窓口担当者 _____

介護予防・生活支援サービス事業	該当・非該当
-----------------	--------