

基本チェックリスト【実施日:平成 年 月 日】

ふりがな		性別	生年月日
対象者氏名		男・女	M・T・S 年 月 日
住 所	村田町大字	電話番号	()
受付担当窓口	町・包括・居宅(事業所名:)	担当者名	

	No.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付けください)		点数	判定
			0.はい	1.いいえ		
生活全般	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	/5	
	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		
運動器	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	/5	3点で該当
	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		
	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		
栄養	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	/2	2点で該当
	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	1.はい	0.いいえ	/3	2点で該当
	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		
閉じこもり	16	週に1日以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	/2	「16」が「いいえ」で該当
	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	1.はい	0.いいえ	/3	1点~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	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		
うつ	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	/5	2点~該当
	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		
生活機能全般		1~20のうち、網掛けの回答の数			/20	10点~該当

※(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。

該当項目	生活機能全般・運動・栄養・口腔・閉じこもり・もの忘れ・うつ	総合判定	非該当 ・ 事業対象者
------	-------------------------------	------	-------------------

サービスを利用するにあたり、基本チェックリストの実施を依頼します。
 また、介護予防マネジメントの実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト、利用者基本情報を居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業実施に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
