

基本チェックリスト

ふりがな		性別	記入日	令和	年	月	日
氏名		男・女	生年月日	大・昭	年	月	日(歳)
住所	松前町字		電話番号	—			

回答者 本人・その他()

No.	質問項目 (あてはまるものに○をつけてください)	網掛け欄の○の数	
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
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
7	椅子に座った状態から なにもつかまらずに 立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分くらい続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことはありますか	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ヶ月以内に 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)BMI(=体重kg ÷ 身長m ÷ 身長m)が18.5未満の場合に該当	18.5未満	
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
14	お茶や汁物などで 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
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
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの 物忘れがあるといわれますか	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
20	今日が何月何日かわからないときがありますか	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
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれたことが 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

※受付処理欄

区分	生活機能	運動器	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ	包括確認欄
No.	1~20	6~10	11~12	13~15	16~17	18~20	21~25	□介護予防・サービス 事業対象者
判定基準	10点以上	3点以上	2点	2点以上	No.16に該当	1点以上	2点以上	
該当項目 (○をする)								□一般介護予防事業 □要介護等認定申請
サービス	訪問・通所	訪問・通所	訪問・通所	訪問・通所※	訪問※・通所	訪問・通所	訪問・通所※	※効果的なサービスか要判断