

対象年齢 65才以上

様式第2号

基本チェックリスト

受付	() 高齢者お世話センター 受付者 ()
----	---------------------------

被保険者番号		記入日	令和	年	月	日
ふりがな		生年月日	明 大 昭	電 話 番 号		
氏 名		年 月 日				
住 所	阿南市	性 別	代 理 人	続 柄 ()		
	町	男 ・ 女				
No.	質 問 項 目	回 答 いずれかに○をつけて下さい		合 計 点	項 目	
1	バスや車で1人で外出していますか	0 はい	1 いいえ		生活全般	
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	
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		栄養関係	
11	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1 はい	0 いいえ			
12	BMIが18.5未満である (BMI=体重kg÷身長m÷身長m) 身長 (cm) 体重 (kg) BMI ()	1 はい	0 いいえ			
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		口腔機能	
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			
16	週に1回以上は外出していますか	0 はい	1 いいえ		外出	
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されますか	1 はい	0 いいえ		物忘れ	
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			
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		こころ	
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			

地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシートを、市、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の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。

令和 年 月 日 氏名 _____

【事務処理欄】

区分	全般	運動	栄養	口腔	外出	物忘れ	こころ	判定
No.	1~20	6~10	11~12	13~15	16~17	18~20	21~25	<input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業
判定基準	10点以上	3点以上	2点全て	2点以上	No.16のいいえに該当	1点以上	2点以上	
該当項目に○								