

高石市 基本チェックリスト

担当包括名	()	地域包括支援センター
-------	-----	------------

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

記入日：(元号) 年 月 日()

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

この調査票は、本人が回答してください

No	質問項目	回答 (0か1いずれかに○印)				※判定	
日常生活について	1	バスや電車で1人で外出していますか 自分で車を運転して外出している場合の含まれます	0	はい	1	いいえ	① 1~20の うち10個 □
	2	日用品の買い物をしていますか 自分で買い物に出かけて、必要なものを購入していますか 電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります	0	はい	1	いいえ	
	3	預貯金の出し入れをしていますか 銀行等での窓口手続きも含め、自分の判断で金銭管理をしていますか 家族等に依頼して、出し入れをしている場合は「いいえ」となります	0	はい	1	いいえ	
	4	友人の家を訪ねていますか 電話やメールによる交流や家族・親戚の家への訪問は含みません	0	はい	1	いいえ	
	5	家族や友人の相談にのっていますか 直接会わずに、電話やメールのみで相談に応じる場合は含まれます	0	はい	1	いいえ	
運動について	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか 時々使用している程度は「はい」、使用せずに昇る能力があっても、習慣的に使用している場合は「いいえ」とします	0	はい	1	いいえ	② 6~10の うち3個 □
	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 時々つかまっている程度であれば、「はい」とします	0	はい	1	いいえ	
	8	15分位続けて歩いていますか 屋内、屋外等の場所は問いません	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 転倒したことがあるかをお答えください	1	はい	0	いいえ	
	10	転倒に対する不安は大きいですか ご自分の主観(感じ方)でお答えください	1	はい	0	いいえ	
栄養について	11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか 6ヶ月以上かかって減少した場合は「いいえ」となります	1	はい	0	いいえ	③ 11~12 の2個 全部 □
	12	身長 cm 体重 kg (BMI=)※					

様式第1号(第5条関係)裏面

No	質問項目	回答 (0か1いずれかに○印)				※判定
		1	はい	0	いいえ	
口腔機能について	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか 半年以上前から続いていて、変化がない場合は「いいえ」となります	1	はい	0	いいえ	④ 13～15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 ご自身の主観(感じ方)でお答えください	1	はい	0	いいえ	
	15 口の渇きが気になりますか ご自身の主観(感じ方)でお答えください	1	はい	0	いいえ	
外出について	16 週に1回以上は外出していますか 過去1ヶ月の状態を平均してください	0	はい	1	いいえ	⑤ 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 今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります	1	はい	0	いいえ	
もの忘れについて	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 ご自分で物忘れがあると思っても、周りの人から指摘させることがなければ「いいえ」となります	1	はい	0	いいえ	⑥ 18～20のうち1個に該当 <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 誰かに電話番号を尋ねてかける場合、ダイヤルしてもらい会話するだけの場合は「いいえ」となります	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 月と日の一方しかわからない場合には「はい」となります	1	はい	0	いいえ	
こころの状態について	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	⑦ 21～25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	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	

* BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

【その他特記事項】