

お名前 : 様 生年月日 :

チェック日 : 年 月 日

基本チェックリスト

No	質問事項	回答 (いずれかにしを お付け下さい)
例	バスや電車で一人で外出していますか	はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
1	バスや電車で一人で外出していますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
2	日用品の買い物をしていますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
4	友人の家を訪ねていますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
7	いす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	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
8	15分間続けて歩いていますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
9	この1年間に転んだことがありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
11	6ヶ月間で2~3Kg以上の体重減少がありましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
12	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> Kg (BMI :) (注)	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
15	口の渇きが気になりますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
16	週に1回は外出していますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <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	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	はい <input type="checkbox"/> いいえ <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	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>

(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。

[本人同意欄]

事業対象者の基準に該当した場合、介護予防ケアマネジメントを行うために、この基本チェックリスト及び和泉市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書の記載内容を和泉市及び担当の地域包括支援センターに提供することに同意します。

代筆の場合は
押印して下さい

本人氏名 _____

印 _____

代筆者氏名 _____

利用者ID :

地域包括支援センター