

中野区 基本チェックリスト

| 氏名 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | |
|--------------|---|----------------------------|--------|--------|--------------|
| No | 質問項目 | 回答 | | | |
| 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ら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何もつかまらずに立ち上がってますか | 0. はい | 1. いいえ | | |
| 8 | 15分間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 | | |
| 11 | 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか | 1. はい | 0. いいえ | | |
| 12 | 身長 (cm) 体重 (kg) *BMI 18.5未満なら該当 *BMI (＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)) | 1. はい | 0. いいえ | | |
| 13 | 半年前に比べて堅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 | | |
| 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 | | |
| 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 | |
| 22 | | 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 | | 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 | | 自分が役に立つ人間だと思えない | 1. はい | 0. いいえ | |
| 25 | | わけもなく疲れたような感じがする | 1. はい | 0. いいえ | |
| 基本チェックリスト実施日 | | 年 | 月 | 日 | 地域包括支援センター実施 |

※事務処理欄

| 区分 | 全般 | 運動 | 栄養 | 口腔 | 閉じこもり 予防 | 物忘れ 予防 | うつ予防 | サービス事業対象者判定 □評価 □短期集中(事後) |
|-------|------|------|-------|-------|-------------|-----------|-------|--------------------------------------|
| NO. | 1～20 | 6～10 | 11・12 | 13～15 | 16 | 18～20 | 21～25 | 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント届出 有 ・ 無 |
| 該当項目数 | ／20 | ／5 | ／2 | ／3 | ／1 | ／3 | ／5 | |
| 判定基準 | 10以上 | 3以上 | 2以上 | 2以上 | 1以上 | 1以上 | 2以上 | |