

基本チェックリスト

記入日 平成 年 月 日

氏名	男・女	生年月日	大・昭	年	月	日
住所	北本市			電話		
No	質問項目	回答		得点		
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	日常生活 /5		
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 /5 ③		
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	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	栄養 /2 ②		
12	身長(cm) 体重(kg) * BMI 18.5未満の場合該当 * BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	1. はい	0. いいえ			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ	お口の健康 /3 ②		
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 /2 ①⑥		
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	もの忘れなど /3 ①		
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	心の健康 /5 ②		
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			

生活機能
全般
1～20の
合計点

/20
⑩

1・本結果を地域包括支援センターに提示することに同意します。
2・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あたり、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ものに提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 _____
代筆者 _____
(関係: _____)

受付者