

岸和田市 基本チェックリスト

いずれかに○印 包括受付日: 令和 年 月 日 ()

	担当地域包括 支援センター	社協 ・ 中部 ・ 牛滝の谷 久米田 ・ 葛城の谷 ・ 北部	担 当
	担当居宅名		

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

記入日 : 令和 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)			
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も含まれます	0	はい	1	いいえ
	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も含まれます	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
	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 ご自身の主観(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
	12 身長 cm 体重 kg (BMI=)※				
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
	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

No	質問項目	回答 (0か1いずれかに○印)			
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
	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れることがなければ「いいえ」となります	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 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
	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。

*6	「いいえ」の場合、下記いずれかに○をつけてください ()安全のため手すりは持っているが手すりがなくても昇降できる ()手すりがないと昇降できない(一人で昇降動作はできる) ()人がいないとこわくて昇降できない(誰かの見守り、サポートがいる)
*7	「いいえ」の場合、下記いずれかに○をつけてください ()安全のため何かを持ち立ち上がるが、持つところがなくても可能 ()持つところがないと立ち上がれない(1人で動作はできる) ()人がいるときでないと怖くて立ち上がる動作ができない。
*8	「いいえ」の場合、下記いずれかに○をつけてください ()平らな道であれば可能 ()5分程度なら可能(家の周辺なら歩くことができる) ()屋内中心の生活である
*9	「はい」の場合、下記いずれかに○をつけてください ()1年間に1回のみ ()1年間に複数回 ()月1回以上

【	その他特記事項】

【本人同意欄】

このチェックリストの記入内容等について、介護予防ケアマネジメント等を行うために、岸和田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。

被保険者氏名 _____