

介護予防基本チェックリスト

機関控え1

実施場所

実施年月日

年

月

日

ふりがな		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
氏名		電話	
住所			

No	質問項目	回答 (いずれかに○)	
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
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以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	BMIが18.5未満ですか (BMI=体重 <input type="text"/> kg ÷ 身長 <input type="text"/> m ÷ 身長 <input type="text"/> 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
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

基本チェックリストの得点

総合 (うつを除く)	/20	運動器の 機能向上	/5	閉じこもり	/2
		栄養改善	/2	ものわずれ	/3
		口腔機能 の向上	/3	うつ	/5

この「基本チェックリスト」は介護予防事業の対象者の把握を目的としています。回答の結果により、介護予防プログラムへの参加が望ましいと判定された方には、地域包括支援センター等にこの情報を提供し、介護予防事業のご案内をさせていただきます。
このことに同意いただける場合はサインをお願いします。

4 氏名 (自署)

