

# 基本チェックリスト

受付 (  郵 ) 高齢者お世話センター  
 受付者 ( **阿南 花子** )

被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		記入日	令和 3 年 8 月 7 日	
ふりがな	<b>あなん たろう</b>	生年月日	明 大 <input checked="" type="radio"/> 昭	電 話 番 号	
氏 名	<b>阿南 太郎</b>		7 年 10 月 4 日	<b>0884-00-0000</b>	
住 所	阿南市 <b>富岡 町 トノ町 12-3</b>		性 別	代 理 人	<b>阿南 次郎</b> 続柄 ( <b>子</b> )
			<input checked="" type="radio"/> 男 · 女		

No.	質 問 項 目	回 答 いずれかに○をつけて下さい		合計点	項目
1	バスや車で1人で外出していますか	0 はい	<input checked="" type="radio"/> 1 いいえ	生活全般	
2	日用品の買い物をしていますか	<input checked="" type="radio"/> 0 はい	1 いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input checked="" type="radio"/> 0 はい	1 いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	0 はい	<input checked="" type="radio"/> 1 いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0 はい	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 いいえ	3	運動機能
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	<input checked="" type="radio"/> 0 はい	1 いいえ		
8	15分くらい続けて歩いていますか	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 はい	0 いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input checked="" type="radio"/> 1 はい	0 いいえ		
11	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1 はい	<input checked="" type="radio"/> 0 いいえ	1	栄養関係
12	身長 cm 体重 kg BMIが18.5未満である (BMI=体重kg÷身長m÷身長m)	<input checked="" type="radio"/> 1 はい	0 いいえ	1	口腔機能
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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 0 いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	<input checked="" type="radio"/> 1 はい	0 いいえ	2	外出
16	週に1回以上は外出していますか	0 はい	<input checked="" type="radio"/> 1 いいえ		
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input checked="" type="radio"/> 1 はい	0 いいえ	0	物忘れ
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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 0 いいえ	2	こころ
21	(この週) 毎日の生活に充実感がない	<input checked="" type="radio"/> 1 はい	0 いいえ		
22	以前やれていたことが楽しめなくなった	1 はい	<input checked="" type="radio"/> 0 いいえ		
23	以前やれていたことが今はおっくうに感じられる	<input checked="" type="radio"/> 1 はい	0 いいえ		
24	人間だと思えない	1 はい	<input checked="" type="radio"/> 0 いいえ		
25	死ななような感じがする	1 はい	<input checked="" type="radio"/> 0 いいえ		

**<阿南市の取扱い>  
 基本チェックリスト実施日はケアマネジメント依頼届出日と同日か以前にしてください。**

介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があり、介護予防ケアマネジメント実施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者に提示することに同意します。

令和 3 年 8 月 7 日 氏名 **阿南 太郎**

【事務処理欄】

区分	全般	運動	栄養	口腔	外出	物忘れ	こころ	判定
No.	1~20	6~10	11~12	13~15	16~17	18~20	21~25	<input checked="" type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス
判定基準	10点以上	3点以上	2点全て	2点以上	No.16,17に該当	1点以上	2点以上	<input type="checkbox"/> 一般介護予防事業
該当項目に○		<input checked="" type="radio"/>			<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 要介護認定申請