

交野市基本チェックリスト

資料 7

被保険者番号										実施日		年		月		日							
										実施機関	地域包括支援センター・居宅介護支援事業所()												
ふりがな 氏 名										住所	交野市 TEL ()												
生年月日		明		・		大		・		昭		年		月		日		年齢	歳	性別	男	・	女

No	質問項目	回答欄		合計点
1	バスや電車で一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 身長(m) 体重(kg) BMI() ※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	
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」など物忘れがあるといわれますか	1 はい	0 いいえ	
19	自分で電話番号を調べて、電話を掛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)以前は楽にできてたことが今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	

(裏面へつづく)

No	質問項目	回答欄		
26	主治医はいますか	はい	いいえ	
27	運動制限がありますか	はい	いいえ	
28	事業対象者に該当されなかった場合、地域包括支援センターに結果を報告してよろしいか、併せて地域包括支援センターからの連絡を希望しますか	はい	いいえ	



連絡先)

同意に関する事項

介護予防ケアマネジメント実施にあたり、利用者状況を把握する必要がある時は、上記内容、利用者基本情報、アセスメントシートを地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・居宅サービス事業所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。

平成 年 月 日

被保険者氏名

代筆者

(本人との関係)

交野市基本チェックリストの結果（基準に該当する場合は○）

基 準	該 当	基 準	該 当
総合 (No.1～20) で10点以上		運動 (No.6～10) で3点以上	
栄養 (No. 11～12) で2点以上		口腔 (No.13～15) で2点以上	
閉じこもりNo.16に該当		物忘れ (No.18～20) で1点以上	
こころ (No.21～25) で2点以上		総合事業非該当	

..... 以下、交野市記入欄

受付者		受付日	／	コピーを包括へ	未 ・ 済
-----	--	-----	---	---------	-------