

中野区 基本チェックリスト

氏名	生年月日	年	月	日	
No	質問項目	回答			
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ら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		
12	身長 (cm) 体重 (kg) *BMI 18.5未満なら該当 *BMI (＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	1. はい	0. いいえ		
13	半年前に比べて堅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		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		自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ	
25		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実施日		年	月	日	地域包括支援センター実施

※事務処理欄

区分	全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり 予防	物忘れ 予防	うつ予防	<input type="checkbox"/> サービス事業対象者判定 <input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 短期集中(事後) 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント届出 有 ・ 無
NO.	1～20	6～10	11・12	13～15	16	18～20	21～25	
該当項目数	／20	／5	／2	／3	／1	／3	／5	
判定基準	10以上	3以上	2以上	2以上	1以上	1以上	2以上	