

介護予防基本チェックリスト

本人控え

被保険者番号

実施年月日 西暦 年 月 日

ふりがな 氏名	生年月日 西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 (<input type="text"/> 歳)
住所	電話

要支援・要介護認定を受けていますか

はい

いいえ

※どちらかに

No	質問項目	回答(どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
12	BMIが18.5未満ですか ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) BMI <input type="text"/> . <input type="text"/> 体重 <input type="text"/> . <input type="text"/> kg 身長 <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ

■BMIの求め方

BMI(体格指数)は体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)で求められます。
このとき、身長はcm(センチ)ではなく、m(メートル)を使います。

例) 体重60kg、身長150cmの人のBMIは26.7

求め方: BMI=60(kg)÷1.5(m)÷1.5(m)=26.7

地域包括支援センター(あんしんすこやかセンター)が介護予防ケアマネジメントを実施する上で、必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシート及び認定情報(以前に要介護認定・要支援認定を受けている場合に限り、その調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書)を、区、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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を同意します。

氏名(自署)

介護予防基本チェックリスト

あんしんすこやかセンター控え

被保険者番号

実施年月日 西暦 年 月 日

ふりがな		生年月日	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 (<input type="text"/> 歳)
氏名		電話	
住所			

要支援・要介護認定を受けていますか はい いいえ ※どちらかに

No	質問項目	回答(どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
12	BMIが18.5未満ですか ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) BMI <input type="text"/> . <input type="text"/> 体重 <input type="text"/> . <input type="text"/> kg 身長 <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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
確認欄①		栄養改善	/2	もの わすれ	/3
確認欄②		口腔機能 の向上	/3	うつ	/5

地域包括支援センター(あんしんすこやかセンター)が介護予防ケアマネジメントを実施する上で、必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシート及び認定情報(以前に要介護認定・要支援認定を受けている場合に限り、その調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書)を、区、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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を同意します。

氏名(自署)

介護予防基本チェックリスト

介護予防・地域支援課控え

被保険者番号

実施年月日 西暦 年 月 日

ふりがな	-----	生年月日	西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
氏名			(<input type="text"/> 歳)
住所		電話	

要支援・要介護認定を受けていますか はい いいえ ※どちらかに

No	質問項目	回答(どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
12	BMIが18.5未満ですか ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) BMI <input type="text"/> . <input type="text"/> 体重 <input type="text"/> . <input type="text"/> kg 身長 <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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
確認欄①		栄養改善	/2	もの わすれ	/3
確認欄②		口腔機能 の向上	/3	うつ	/5

地域包括支援センター(あんしんすこやかセンター)が介護予防ケアマネジメントを実施する上で、必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシート及び認定情報(以前に要介護認定・要支援認定を受けている場合に限り、その調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書)を、区、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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を同意します。

氏名(自署)