

基本チェックリスト

要介護認定の有無	1. なし うち非該当	2. あり (介護予防教室には参加できません)	介護保険被保険者番号							
受診者名 (フリガナ)	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		住所	(〒 -) 大阪市 区		(番 -)				
	1 男 ・ 2 女									

回答欄の「はい」「いいえ」の前にある数字に「○」をつけ、「1」の個数をそれぞれの項目欄に記入してください

質問項目		回答		1の個数
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	/5
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	/5
7	椅子に座った状態からなに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	/2
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)	1 18.5未満	0 18.5以上	
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	/3
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	/2
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	/3
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	
		No1~20の合計		/20
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	/5
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	

ア~ウに該当しているかを確認し、該当するものを
実線で囲んでください

ア

3個以上

イ

2個以上

ウ

10個以上

ア~ウのいずれかに該当した場合
「介護予防教室への参加を希望するか(関心があるか)」「お住まいの地域を担当する地域包括支援センター、各区保健福祉センターへの情報提供に同意するか」を確認してください

介護予防教室への参加を希望されますか(関心がありますか)	1. 希望する(情報提供に同意する)
参加を希望される方(関心のある方)は、この結果をお住まいの地域を担当する地域包括支援センター、各区保健福祉センターに情報提供することに同意しますか	2. 希望しない(情報提供に同意しない) → 介護予防教室には参加していただけません

実施日	平成 年 月 日	備考
実施機関名 (○をつけてください)	1. () 区保健福祉センター 2. () 地域包括支援センター 3. () 区社会福祉協議会 4. () ブランチ	
		<input type="checkbox"/> □ 帳票発行済み <input type="checkbox"/> □ 帳票未発行 <input type="checkbox"/> □ 保留 <理由> <input type="checkbox"/> □ 拒否