

介護予防ケアマネジメント用 基本チェックリスト

住所: 鋸南町

実施日: 令和 年 月 日

氏名: 男・女 生年月日: 大・昭 年 月 日 (歳) 電話番号:

	No.	質 問 項 目	回 答	
			(いずれかに○をつけてください)	
暮らしぶり	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
運動機能の向上	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分間続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
	9	この一年間に転んだことはありますか	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
栄養改善	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	身長 cm 体重 kg (BMI=) (注)		
口腔機能の向上	13	半年前に比べて固い物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
閉じこもり	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
認知症予防	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
うつ予防	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てい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)以前まで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	(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)わけもなく疲れた感じがする	1. はい	0. いいえ

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

※各項目に記入の上、該当がある場合は、その点数を○で囲み、該当項目ありか、なしか選択し○印をつけてください。

判定	(1～20)	(6～10)	(11・12)	(13～15)	(16・17)	(18～20)	(21～25)	
	(10)総合	(3)運動	(2)栄養	(2)口腔	(16)閉じこもり	(1)物忘れ	(2)うつ	
	／ 20	／ 5	／ 2	／ 3	／ 2	／ 3	／ 5	⇒ 該当項目あり 該当項目なし

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、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 年 月 日 氏名