

# 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 ( 区 - )	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	預貯金のお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	
No.1~20の合計				/20

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

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	

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

実施機関記入欄	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. ( ) プランチ 5. その他 ( )	