

## 東村山市 基本チェックリスト

被保険者番号		実施日	令和 年 月 日	担当者	
氏名	(代行申請者: )	住所	※事業対象者には、住民票上の住所に介護保険被保険者証を送付いたします。		
生年月日	大昭 年 月 日 ( 歳)	性別	男・女		
連絡先氏名	(続柄 )	電話	—	連絡可能な時間帯	
相談内容・既往歴等	(サービス利用希望: あり・なし)				
NO	質問項目	回答		判定	
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 3/5以上	
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		
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	20	( ) / 2
12	身長 cm 体重 Kg (BMI = ) (注)			10/20以上	2/2
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	2/3以上
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	( ) / 2 No.16 該当	
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	( ) / 3	( ) / 5 2/5以上
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	1/3以上	
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	(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) わけもなく疲れたような感じがする	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 ※不明な場合は「0. いいえ」を選択

<判定結果>		確認者
1. 介護予防・日常生活支援サービス事業対象者の可能性あり	サービス利用をご希望のかたは、最寄りの地域包括支援センターにご連絡をお願いします。	
2. 一般介護予防事業対象者	自立した生活が可能です。現状を維持するためにも、一般介護予防事業の参加をおすすめします。	