

豊島区 基本チェックリスト (届出用)

同意欄				
介護予防ケアマネジメントの実施にあたり必要な場合はこの基本チェックリストの情報を高齢者総合相談センター及び介護予防ケアマネジメントを実施する居宅介護支援事業者に提供することに同意します。				
(利用者氏名)	代筆の場合はこちらにも記入してください (代筆者氏名) (本人との続柄)			
(生年月日) 明治・大正・昭和 年 月 日生	(利用者住所)			
	(連絡先電話番号)			
No	質問項目	回答		事務欄
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	① <input type="checkbox"/> 10以上 /20
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	② <input type="checkbox"/> 3以上 /5
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	③ <input type="checkbox"/> 2つとも /2
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()m 体重()kg BMI() < 18.5 * BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)) 18.5未満なら該当	1. はい	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	1. はい	0. いいえ	④ <input type="checkbox"/> 2以上 /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	⑤ <input type="checkbox"/> 1 /1
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	⑥ <input type="checkbox"/> 1以上 /3
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	⑦ <input type="checkbox"/> 2以上 /5
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	
確認者氏名・所属等		事業対象者に該当・該当なし		
		記入内容確認		<input type="checkbox"/>
		介護予防手帳発行		<input type="checkbox"/>
実施日 年 月 日()		実施方法 対面 <input type="checkbox"/> 電話聞き取り <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ()		