

基本チェックリスト (名古屋市 介護予防・日常生活支援総合事業)

<被保険者>

ふりがな		性別	
氏名		年齢	
住所 (住民登録地)	自 宅 () 携帯電話 ()		
現在地 (上記と異なる場合)	※住所と同じ場合は、記入不要です。 自 宅 () 携帯電話 ()		

生年月日	実施日	被保険者番号(介護保険)

介護予防・日常生活支援総合事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリストの実施結果を名古屋市、いきいき支援センター、事業者その他必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名(自署)

区分	No.	質問項目	回答	
日常生活の状況	1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ
	2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ
	3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
	4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
	5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ
足腰の状況	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	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	はい	いいえ
	8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ
	9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
	10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ
栄養状況	11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ
	12	肥満度(BMI ※)は18.5未満ですか 身長 cm 体重 kg	はい	いいえ
お口の状況	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
	15	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ
こもり	16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ
もの忘れ	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	はい	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	はい	いいえ
	20	今日が何月何日かわからないときがありますか	はい	いいえ
ここ2週間の気持ち	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	はい	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	はい	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	はい	いいえ
	24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	はい	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	はい	いいえ
実施可能な日常生活活動の状況	26	1人で外出できますか	はい	いいえ
	27	バスや電車を使って移動できますか	はい	いいえ
	28	日用品の買物ができますか	はい	いいえ
	29	請求書の振込み(窓口、ATMなど)ができますか	はい	いいえ
	30	お金の管理ができますか	はい	いいえ
	31	電話番号を調べることができますか	はい	いいえ
	32	足のツメを自分で切れますか	はい	いいえ
	33	掃除機がけができますか	はい	いいえ
	34	薬の管理ができますか	はい	いいえ
	35	家の鍵の管理ができますか	はい	いいえ
	36	食事を作れますか	はい	いいえ
	37	電子レンジを使えますか	はい	いいえ
	38	ガスコンロ(ガスレンジ)を利用できますか	はい	いいえ

※ BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)