

# 東海村 基本チェックリスト

東海村 基本チェックリスト				実施日	年 月 日		
氏名		男・女	生年月日	大正・昭和	年	月	日生(歳)
住所	東海村	電話番号		被保険者番号			
No	質問項目	回答		網かけ欄の○の数			
		※いずれかに○をお付けください					
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				
2	外出し、日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ				
3	自ら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				
12	BMIが18.5未満である 身長 cm 体重 kg (BMI = )	1. 該当 (18.5未満)	0. 非該当 (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				
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				
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				
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				

この基本チェックリストの結果については、東海村地域包括支援センターに情報を提供し、介護予防事業のご案内をさせていただきます。氏名(自署): \_\_\_\_\_  
 介護予防事業の参加・利用の希望があり、情報提供に同意していただける場合は、サインをお願いします。

## ■ 事業対象者に該当する基準

1.	番号1～20までの20項目のうち10項目以上に該当	(複数の項目に支障)
2.	番号6～10までの5項目のうち3項目以上に該当	(運動機能の低下)
3.	番号11～12の2項目の全てに該当	(低栄養状態)
4.	番号13～15までの3項目のうち2項目以上に該当	(口腔機能の低下)
5.	番号16～17の2項目のうち番号16に該当	(閉じこもり)
6.	番号18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	(認知機能の低下)
7.	番号21～25までの5項目のうち2項目以上に該当	(うつ病の可能性)

上記1～7のいずれかに当てはまる場合、事業対象者に該当します。

担当者