

岸和田市 基本チェックリスト

いずれかに○印

包括受付日： 令和 年 月 日 ( )

|  |              |                                   |        |
|--|--------------|-----------------------------------|--------|
|  | 担当地域包括支援センター | 社協 ・ 中部 ・ 牛滝の谷<br>久米田 ・ 葛城の谷 ・ 北部 | 担当     |
|  | 担当居宅名        |                                   | C<br>M |

|      |  |        |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ |  | 被保険者番号 |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏 名  |  | 生年月日   | 明・大・昭<br>年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所  |  | 電話番号   | ( )            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

記入日： 令和 年 月 日 ( )

介護予防・生活支援サービス事業

該当 ・ 非該当

この調査票は、本人が回答してください

| No       | 質 問 項 目                                                                                 | 回 答<br>(0か1いずれかに○印) |           |   |            |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|---|------------|
| 日常生活について | 1 バスや電車で1人で外出していますか<br>自分で車を運転して外出している場合も含まれます                                          | 0                   | はい        | 1 | いいえ        |
|          | 2 日用品の買い物をしていますか<br>自分で買い物に出かけて、必要なものを購入していますか<br>電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります          | 0                   | はい        | 1 | いいえ        |
|          | 3 預貯金の出し入れをしていますか<br>銀行等での窓口手続きも含め、自分の判断で金銭管理をしていますか<br>家族等に依頼して、出し入れをしている場合は「いいえ」となります | 0                   | はい        | 1 | いいえ        |
|          | 4 友人の家を訪ねていますか<br>電話やメールによる交流や家族・親戚の家への訪問は含みません                                         | 0                   | はい        | 1 | いいえ        |
|          | 5 家族や友人の相談にのっていますか<br>直接会わずに、電話やメールのみで相談に応じる場合も含まれます                                    | 0                   | はい        | 1 | いいえ        |
| 運動について   | 6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか<br>時々使用している程度は「はい」、使用せずに昇る能力があっても、習慣的に使用している場合は「いいえ」とします        | 0                   | はい        | 1 | <u>いいえ</u> |
|          | 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<br>時々つかまっている程度であれば、「はい」とします                              | 0                   | はい        | 1 | <u>いいえ</u> |
|          | 8 15分位続けて歩いていますか<br>屋内、屋外等の場所は問いません                                                     | 0                   | はい        | 1 | <u>いいえ</u> |
|          | 9 この1年間に転んだことがありますか<br>転倒したことがあるかをお答えください                                               | 1                   | <u>はい</u> | 0 | いいえ        |
|          | 10 転倒に対する不安は大きいですか<br>ご自身の主観(感じ方)でお答えください                                               | 1                   | はい        | 0 | いいえ        |
| 栄養について   | 11 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか<br>6ヶ月以上かかって減少した場合は「いいえ」となります                               | 1                   | はい        | 0 | いいえ        |
|          | 12 身長          cm    体重          kg    (BMI＝          )※                                |                     |           |   |            |
| 口腔機能について | 13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか<br>半年以上前から続いていて、変化がない場合は「いいえ」となります                           | 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<br>ご自身の主観(感じ方)でお答えください                                            | 1                   | はい        | 0 | いいえ        |
|          | 15 口の渇きが気になりますか<br>ご自身の主観(感じ方)でお答えください                                                  | 1                   | はい        | 0 | いいえ        |

| No         |    | 質 問 項 目                                                                             | 回 答<br>(0か1いずれかに○印) |    |   |     |
|------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----|---|-----|
| 外出について     | 16 | 週に1回以上は外出していますか<br>過去1ヶ月の状態を平均してください                                                | 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<br>今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります                                  | 1                   | はい | 0 | いいえ |
| もの忘れについて   | 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<br>ご自分で物忘れがあると思っけていても、周りの人から指摘されることがなければ「いいえ」となります | 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<br>誰かに電話番号を尋ねてかける場合、ダイヤルしてもらい会話するだけの場合は「いいえ」となります       | 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<br>月と日の一方しかわからない場合には「はい」となります                                  | 1                   | はい | 0 | いいえ |
| こころの状態について | 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 |

\*BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

|    |                                                                                                                                      |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| *6 | 「いいえ」の場合、下記いずれかに○をつけてください<br>( )安全のため手すりは持っているが手すりがなくとも昇降できる<br>( )手すりがないと昇降できない(一人で昇降動作はできる)<br>( )人がいないとこわくて昇降できない(誰かの見守り、サポートがいる) |
| *7 | 「いいえ」の場合、下記いずれかに○をつけてください<br>( )安全のため何かを持ち立ち上がるが、持つところがなくても可能<br>( )持つところがないと立ち上がれない(1人で動作はできる)<br>( )人がいるときでないと怖くて立ち上がる動作ができない。     |
| *8 | 「いいえ」の場合、下記いずれかに○をつけてください<br>( )平らな道であれば可能<br>( )5分程度なら可能(家の周辺なら歩くことができる)<br>( )屋内中心の生活である                                           |
| *9 | 「はい」の場合、下記いずれかに○をつけてください<br>( )1年間に1回のみ<br>( )1年間に複数回<br>( )月1回以上                                                                    |

【その他特記事項】

#### 【本人同意欄】

このチェックリストの記入内容等について、介護予防ケアマネジメント等を行うために、岸和田市及び担当の地域包括支援センターに提供することに同意します。

被保険者氏名