

焼津市基本チェックリスト(25項目)及び認知機能

地域包括支援センター結果記入欄

記入日		年 月 日		※被保険者番号
住所	焼津市	フリガナ		性別
電話番号	- -	氏名		男・女
		生年月日	大・昭 年 月 日 () 歳	

No.	質問項目	回答 (口にシ点を付けてください)	
1	バスや電車で1人で外出していますか(自家用車を含む)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI) ※体重÷身長(m)÷身長(m)	<input type="checkbox"/> 1.18.5未満	<input type="checkbox"/> 0.18.5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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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云われますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
26	ときどき道に迷うことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
27	計画を立ててから実行することが、できなくなった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
28	誰もいないのに、物が見えたり聞こえたりする	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
29	現実がないことを話したり、人から悪く言われている様な気がする	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

結果により、介護予防・生活支援サービス事業の提供が必要と認められた場合は、基本チェックリストの内容を市、医療機関、介護予防・生活サービス事業提供者に必要な範囲で情報提供することに同意します。

本人署名欄

1 基本チェックリスト 25項目

該当項目を数える際の注意
①は、No1～20の「1」を全て数える (No21以降は数えない)
⑤は、No16のみ数える (No17は数えない)

事業対象者候補者に該当する基準

- ① 生活機能全般(質問項目No.1～20) 10項目以上
- ② 運動器(質問項目No. 6～10) 3項目以上
- ③ 栄養(質問項目No.11～12) 2項目すべて
- ④ 口腔(質問項目No.13～15) 2項目以上
- ⑤ 閉じこもり(質問項目No.16～17) No.16に該当
- ⑥ 認知機能(質問項目No.18～20) 1項目以上
- ⑦ うつ(質問項目No.21～25) 2項目以上

項目数	
① No.1～20	<input type="checkbox"/> 項
②	<input type="checkbox"/> 項
③	<input type="checkbox"/> 項
④	<input type="checkbox"/> 項
⑤	<input type="checkbox"/> 項
⑥	<input type="checkbox"/> 項
⑦	<input type="checkbox"/> 項
網掛けの項目数	<input type="checkbox"/> 項

結果	事後
<input type="checkbox"/> 低下あり	・ 介護予防・生活支援サービスの利用を検討 ・ 市へ、本用紙のコピーを送付(書面又はシズケア)
<input type="checkbox"/> 低下なし	・ 介護予防教室等へのつなぎの検討 ・ 通いの場(居場所・ころぼん体操)等へのつなぎを検討

2 認知機能(14項目)

網掛けの項目数	<input type="checkbox"/> 項
---------	----------------------------

結果	内容	事後
0～3	おおむね正常	
4～6	認知機能の軽度の低下の可能性あり(MCI)	・ 一般介護予防事業や地域の通いの場を検討 ・ 事業対象候補者(上記1) → 適したサービスの利用を検討
7以上	認知機能の低下の可能性あり(要受診)	・ 受診状況の確認 ・ 医療機関への受診を勧奨

包括 (北部 中部 南部 大井川) 対応者 ()
対応時の状況等