

記入日	令和 年 月 日	※実施区分	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト <input type="checkbox"/> 生活機能チェック	※被保険者番号	
-----	----------	-------	---	---------	--

住所	〒	フリガナ		性別	
焼津市		氏名			
電話番号		生年月日	大・昭 年 月 日 ()歳		

No.	質問項目	回答 いずれかにシ点をお付けください	
1	バスや電車で1人で外出していますか（自家用車を含む）	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.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"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.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"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.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"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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言われますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
26	ときどき道に迷うことがある	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.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"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.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"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.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"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ

該当数

① No.1～20

No.1～5

②

③

④

⑤ No.17含む

⑥

No.1～20
ここまで

⑦

No.1～29
網掛け合計

目標とする生活

意欲・意向（こんな風にしたい・こんな風になりたい）【状態】	週、月、年の単位でしたいこと【活動】

1 基本チェックリスト（25項目）の該当

項目	基準	該当	取り組む必要があること
① 生活機能全般 (No.1～20)	10項目以上	<input type="checkbox"/>	「運動・移動」「日常生活（家庭生活）」「社会参加、対人関係」「健康管理」の各領域での課題など
② 運動器 (No.6～10)	3項目以上	<input type="checkbox"/>	
③ 栄養 (No.11～12)	2項目すべて	<input type="checkbox"/>	
④ 口腔 (No.13～15)	2項目以上	<input type="checkbox"/>	
⑤ 閉じこもり (No.16～17)	No.16に該当	<input type="checkbox"/>	
⑥ 認知機能 (No.18～20)	1項目以上	<input type="checkbox"/>	
⑦ うつ (No.21～25)	2項目以上	<input type="checkbox"/>	

2 認知機能（網掛け14項目）の該当

網掛けの項目	基準	該当	取り組む必要があること
軽度の低下 (MCI) の可能性あり	4～6	<input type="checkbox"/>	
低下の可能性あり (要受診)	7以上	<input type="checkbox"/>	

3 健診結果 ※1.未実施の項目は空欄 ※2.健診を未実施で、定期通院していない場合：受診【必要・不要】

実施日	実施医療機関	関節異常	アルブミン値	口腔異常	血圧	Hb	もの忘れ
		有・無	g/d l	有・無 嚙下 回	mmHg	g/d l	A・B C・D

4 一週間の取り組み（サービス・活動C、サービス・活動B、地域活動、セルフケア等による介護予防）

月	火	水	木	金	土	日

●委託事業：サービス・活動C(短期集中予防)又はサービス・活動A(介護事業所以外の主体)を利用する場合

種別	<input type="checkbox"/> 訪問C <input type="checkbox"/> 通所C <input type="checkbox"/> 訪問A <input type="checkbox"/> 通所A	担当事業所名	
基本的な実施日	曜日	(Cの場合のみ) 利用予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

【介護予防ケアマネジメント担当コメント】総合的な方針、改善・予防のポイントや留意点

	事業所	
	担当者	
	連絡先	

①リハ職同行 ②受診・健診動奨 ③市配食 ④市タッ券 ⑤市生きデイ ⑥市補聴器 ⑦民間サービス ⑧対応無
⑨ケアマネジメントB ⑩ケアマネジメントC ⑪ケアマネジメントA・予防支援 ⑫要介護認定申請 ⑬その他

▶ ⑨・⑩以外の場合は、上記1・2の該当結果のみ記入し、その他の欄は任意。 ▶ 居宅介護支援事業所では、⑨の場合のみ使用するもの。
▶ 特定健診(生活機能チェック)の場合、基本チェックリストは特定健診時の結果を転記する。 (R8.3)

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、本人の状況を把握する必要があるときはこの用紙の記載内容を、サービス・活動事業者、主治医、生活支援コーディネーター、その他事業の実施に必要な範囲で関係する者に提供することに同意します。

本人署名欄

補足チェックリスト

介護予防の取り組みを検討する際、基本チェックリストを補足し、アセスメントの参考として使用するものです。

氏名： _____ 記入日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【運動・移動について】

① 歩く時は、杖を使用しますか	はい	いいえ
② 何もない所でつまづくことがありますか	はい	いいえ
③ 医師からの運動制限はありますか	はい	いいえ
④ からだの痛み・しびれはありますか（腰、膝など）	はい	いいえ
⑤ 歩ける時間や距離 ※分かる範囲で記入 [_____ 分]、[_____ 歩]、[_____ m]		
⑥ 外出の手段 ※該当する全てを選択 徒歩 自転車 車を運転 車に同乗 タクシー バス		

【日常生活(家庭生活)について】

以下の家事は、誰が行っていますか ※⑧は対象がなければ記入不要

① 買い物	自分	家族	近所	知人	民間	その他
② 調理	自分	家族	近所	知人	民間	その他
③ 掃除	自分	家族	近所	知人	民間	その他
④ 整理整頓	自分	家族	近所	知人	民間	その他
⑤ ごみ捨て	自分	家族	近所	知人	民間	その他
⑥ 洗濯・物干し	自分	家族	近所	知人	民間	その他
⑦ 金銭管理	自分	家族	近所	知人	民間	その他
⑧ 花木やペットの世話	自分	家族	近所	知人	民間	その他

【社会参加、対人関係・コミュニケーションについて】

① 趣味 [_____]	② 特技 [_____]
③ 外出の頻度 毎日、週3回以上、週1・2回、月1・2回、その他	
④ 外出の目的 ※該当する全てを選択 買い物、通院、交流、運動、その他	

【健康管理について】

① 食事は1日3回とっていますか	はい	いいえ
② 食事の塩分制限、アレルギーなどがありますか	はい	いいえ
③ 水分を意識的にとっていますか	はい	いいえ
④ お酒を飲みますか	はい	いいえ
⑤ タバコを吸いますか	はい	いいえ
⑥ 毎食後、歯磨きをしていますか	はい	いいえ
⑦ 入れ歯を使用していますか	はい	いいえ
⑧ 毎日、入浴していますか	はい	いいえ
⑨ 排尿や排便に関して困ることがありますか	はい	いいえ
⑩ 毎日の睡眠はおおよそ何時から何時ですか	時 ~	時
⑪ 目が見えにくいと感じますか	はい	いいえ
⑫ 耳が聞こえにくいと感じますか	はい	いいえ
⑬ 薬を飲み忘れたり、飲み間違えることがありますか	はい	いいえ

興味・関心チェックシート

介護予防の取り組みを検討する際、目標とする生活行為を明確化する参考として使用するものです。

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別： _____ 記入日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 現在している行為 → 「している」の列に ○
- 現在していないがしてみたい行為 → 「してみたい」の列に ○（特に意欲がある行為 ◎）
- する・しない、できる・できないにかかわらず、興味がある行為 → 「興味がある」の列に ○
- いずれにも該当しない行為 → 「している」の列に ×
- リスト以外で、してみたい行為 → 余白を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				スポーツ（ゴルフ・水泳など）			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動（町内会・老人クラブ）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

（出典）「平成25年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」一般社団法人日本作業療法士協会（2014.3）を一部改変

介護予防ケアマネジメント担当者、サービス・活動事業担当者 確認欄
<input checked="" type="checkbox"/> 近所での趣味活動、特技を活かした活動に興味や関心がある方 生活支援コーディネーター へご相談ください 【委託先：焼津市社会福祉協議会 TEL621-2941】
<input checked="" type="checkbox"/> 就労的活動（※）に興味や関心がある方 就労的活動支援コーディネーター へご相談ください 【委託先：株式会社権兵衛 TEL080-4934-8477】 （※）有償や無償のボランティアを想定。賃金が支払われる労働は含まない