

半田市介護予防・日常生活支援総合事業 基本チェックリスト

記入日: 令和 年 月 日

フリガナ		被保険者番号	
氏 名		生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生(満 歳)
		電 話 番 号	()
住 所	半田市		

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半田市、半田市包括支援センター、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。

No.	質問項目	いずれかに○を付けください	
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
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
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) (注: 18.5未満の場合に該当)		
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
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
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時がありますか	はい	いいえ
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

※事務処理欄

区分	全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ	判 定
NO	1～20	6～10	11～12	13～15	16～17	18～20	21～25	☐ 総合事業 ☐ 一般 ☐ 要介護（支援） 認定申請
判定基準	10点以上	3点以上	2点全て	2点以上	NO. 16に該当	1点以上	2点以上	
該当項目 (○をする)								