

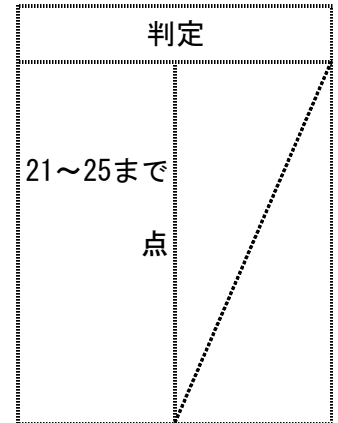
基本チェックリスト(窓口用)

No	質問項目 (はい、いいえの欄の当てはまる方の点数に○を付けてください。)	はい	いいえ
【1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。】			
1	バスや電車で1人で外出していますか	0点	1点
2	日用品の買い物をしていますか	0点	1点
3	預貯金の出し入れをしていますか	0点	1点
4	友人の家を訪ねていますか	0点	1点
5	家族や友人の相談にのっていますか	0点	1点
【6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。】			
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0点	1点
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点	1点
8	15分位続けて歩いていますか	0点	1点
9	この1年間に転んだことがありますか	1点	0点
10	転倒に対する不安は大きいですか	1点	0点
【11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。】			
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1点	0点
12	身長 cm 体重 kg ◎BMIが18.5未満ですか? BMI = 体重 (kg) ÷ { (身長 m) } × (身長 m) }	1点	0点
【13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。】			
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点	0点
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1点	0点
15	口の渇きが気になりますか	1点	0点
【16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。】			
16	週に1回以上は外出していますか	0点	1点
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1点	0点
【18～20の質問項目は、認知症について尋ねています。】			
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	1点	0点
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点	1点
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1点	0点

判定
1～5まで
6～10まで
点
11～12まで
点
13～15まで
点
16に該当
17
18～20まで
点
19～20まで
点

※ 裏面に続きます。

NO	質問項目（はい、いいえの欄の当てはまる方の点数に○を付けてください。）	はい	いいえ
【21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。】			
21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	1点	0点
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点	0点
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点	0点
24	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	1点	0点
25	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	1点	0点



松浦市地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、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記入内容、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日

氏名	印	生年月日	年 月 日
住所	松浦市 町 免 番地 (行政区)		