

## 基本チェックリスト

介護予防・生活支援サービス事業(通所型・訪問型サービス)は、地域包括支援センターが本人と面接を行い、サービスの利用が必要と判断された場合、利用することができます。  
利用に際しては、大和市介護予防・生活支援サービス事業利用申請書等が必要です。

氏名		生年月日			年	月	日		
No	質問項目	回答		合計					
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	点					
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ						
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ						
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ						
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	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	0. はい	1. いいえ	② 点					
7	椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ						
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ						
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ						
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ	点					
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ						
12	身長           cm        体重           kg (BMI           ) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満である	1. はい	0. いいえ	③ 点					
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. 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	1. はい	0. いいえ	④ 点					
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ						
16	週に1回以上は外出していますか	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	1. はい	0. いいえ	⑤ 点					
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	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	0. はい	1. いいえ	⑥ 点					
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ						
1～20の合計							①		点
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	⑦ 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. 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						