

基本チェックリスト

(北名古屋市介護予防・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

氏名		生年月日	M . T . S	年	月	日
住所・電話	北名古屋市		()	-		

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	20
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	5
11	6か月間で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 ()		2
13	半年前に比べて堅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	3
16	週に1回以上は外出していますか。	はい	いいえ	1
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	3
21	最近2週間、毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ	
22	最近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	最近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	最近2週間、自分が役に立つ人間だと思えない	はい	いいえ	
25	最近2週間、わけもなく疲れたような感じがする	はい	いいえ	5

26	1人で外出できますか	はい	いいえ
27	バスや電車を使って移動できますか	はい	いいえ
28	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ
29	請求書の振込み（窓口、ATMなど）ができますか	はい	いいえ
30	お金の管理ができますか	はい	いいえ
31	電話番号を調べることができますか	はい	いいえ
32	足のツメを自分で切れますか	はい	いいえ
33	掃除機がけができますか	はい	いいえ
34	薬の管理ができますか	はい	いいえ
35	家の鍵の管理ができますか	はい	いいえ
36	食事を作れますか	はい	いいえ
37	電子レンジを使えますか	はい	いいえ
38	ガスコンロ（ガスレンジ）を使えますか	はい	いいえ

26～38の「いいえ」の合計（ ） / 13



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時は、基本チェックリストの実施結果を総合事業におけるサービス事業等実施者その他必要な範囲で、関係のある者に提示することに同意します。

令和 年 月 日

氏名(自署)