

実施日	年 月 日
受付 対応者	市・市立・中央・東部・新曽・居宅( )

② 戸田市基本チェックリスト

被保険者氏名

No.	質問項目	回答（いずれかに ○をお付け下さい）		事業対象者に該当する 基準
1	バスや電車で一人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	10項目以上に該当
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	運動機能の低下 3項目以上に該当
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	低栄養状態 2項目に該当
11	6か月間で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) (注)			口腔機能の低下 2項目以上に該当
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	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	
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	閉じこもり No.16に該当
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	認知機能の低下 1項目以上に該当
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われますか	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	
20	今日が何月何日かわからない時があります	1. はい	0. いいえ	うつ病の可能性 2項目以上に該当
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	
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	

注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当する

市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシートを、市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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。

年 月 日 氏名