

# 久喜市基本チェックリスト

記入日： 年 月 日( )

氏名：	生年月日： 年 月 日	携帯電話：
住所： 久喜市		

回答欄の当てはまる方に「○」をして、合計の点数で判断します。

①-⑦に該当した方は、生活機能低下の心配があります。お住いの地域包括支援センターにご相談ください。

No.	質問項目	回答		計
		はい	いいえ	
1	バスや電車で一人で外出していますか	0	1	点
2	日用品の買い物をしていますか	0	1	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0	1	
4	友人の家を訪ねていますか	0	1	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0	1	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0	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	1	
8	15分間続けて歩いていますか	0	1	
9	この1年間に転んだことがありますか	1	0	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1	0	
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1	0	点
12	BMIが18.5未満ですか (BMI=体重□kg÷身長□m÷身長□m) (注)	1	0	
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	0	点
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1	0	
15	口の渇きが気になりますか	1	0	
16	週に1回以上は外出していますか	0	1	点
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1	0	
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	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	1	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1	0	
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1	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	0	
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	0	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1	0	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1	0	

**①日常生活に必要な機能全般**  
No.1～20が  
10点以上で生活機能低下の心配

**②運動の機能**  
3点以上で  
足腰の筋力低下の心配

**③栄養状態**  
2点以上で  
栄養不足の心配

**④口腔の機能**  
2点以上で  
口腔機能低下の心配

**⑤閉じこもり**  
No.16に該当で  
閉じこもりの心配

**⑥認知機能**  
1点以上で  
認知機能の低下の心配

**⑦うつ**  
2点以上でうつ  
の心配

(注) 例えば、体重60kg、身長165cm (1.65m) の人の場合  $60 \div 1.65 \div 1.65 = 22$

久喜市、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等の実施に当たり、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、基本チェックリスト、アセスメントシートを、久喜市、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。

年 月 日 氏名