

習志野市 基本チェックリスト

基本チェックリスト実施日 年 月 日

フリガナ					被保険者番号											
氏 名					性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日								
住 所	習志野市						電話番号	( )								
相談内容																

\*\*\*\*\* アセスメント欄 \*\*\*\*\* 担当者（市・高相セ）

項 目	確認事項		該当する場合□内に チェック	
			A 列	B 列
本人の状態	1	一人でタクシーや公共交通機関を利用して外出できる。		<input type="checkbox"/>
	2	身の周りのこと（排泄・着替え等）や内服管理・金銭管理が自分のできる。		<input type="checkbox"/>
	3	かかってきた電話の対応や伝言を正しく行うことができる。		<input type="checkbox"/>
	4	歩行や立ち座りに介助が必要で、一人で外出できない。	<input type="checkbox"/>	
	5	大きな病気やけがで入院中又は療養中である。	<input type="checkbox"/>	
今後、利用を希望 するサービスの 内容	6	「訪問型サービス」を利用して、掃除や買い物等の支援をお願いしたい。		<input type="checkbox"/>
	7	「通所型サービス」を利用して、他者との交流や運動する機会をつくりたい。		<input type="checkbox"/>
	8	一人で自宅で入浴できないので、デイサービスで入浴したい。 入浴できない理由( )		<input type="checkbox"/>
	9	下記の介護予防サービスを利用したい。(希望するサービスに○) ----- ア.訪問看護 イ.訪問入浴 ウ.訪問リハ エ.通所リハ オ.ショートステイ カ.福祉用具レンタル・購入 キ.住宅改修 ク.地域密着型サービス	<input type="checkbox"/>	
	10	入居（グループホーム・介護専用有料老人ホーム等）・入所（特養・老健）したい。	<input type="checkbox"/>	
	11	利用を希望するサービスはないが認定を受けたい。	<input type="checkbox"/>	
本人の意向	12	基本チェックリストを受けて、総合事業によるサービスを利用したい。		<input type="checkbox"/>
	13	利用を希望するサービスはないが基本チェックリストを受けたい。		<input type="checkbox"/>

[4]、[5]、[9]～[11] のいずれかに該当する	⇒ チェックリスト実施対象外です。 要介護認定の申請手続きをしてください。	A 列のチェック の数を記入	
	[1]～[3]、[6]～[8]、[12]、[13] のいずれかに 該当する（上記に該当する場合は、それを優先）	⇒ チェックリスト実施対象者です。	B 列のチェック の数を記入

備考欄（本人の希望・状態で留意すべきこと。感染症の有無。訪問の際の希望等）
---------------------------------------

一次判定	該当・非該当
最終判定	該当・非該当

項目	No.	質問事項	回答（どちらかに○）		判定（該当・非該当）		
くらし	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	① ( ) /20 10/20 以上	( ) /5	
		2 日用品の買い物をしていますか	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			
	運動	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 ( ) /5 3/5 以上	
		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. 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			
	栄養	11 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	③ ( ) /2 2/2		
		12 BMIが18.5未満ですか？ ⇒BMI(=体重( )kg÷身長( )m÷身長( )m)	1. はい	0. いいえ			
		口腔	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	④ ( ) /3 2/3 以上
			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	
	外出	16 週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	⑤ ( ) /2 No.16該当		
		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			
	もの忘れ	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	⑥ ( ) /3 1/3 以上		
		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か	1. はい	0. いいえ			
心身	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 ( ) /5 2/5 以上			
	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				

該当項目に○						
①くらし	②運動	③栄養	④口腔	⑤外出	⑥もの忘れ	⑦こころ

高齢者相談センター（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、基本チェックリスト記入内容を、市、高齢者相談センター（地域包括支援センター）、居宅介護支援事業者、総合事業におけるサービス事業等実施者、その他介護予防ケアマネジメント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

市事務処理欄		事業対象者に（該当・非該当）と決定してよろしいかお伺いします			受付印	
受付担当		起案日 年 月 日 決裁日 年 月 日	課長	係長		担当
被保険者証回収	有 ・ 無					
再交付申請	有 ・ 無					
事業対象者判定	該 当 ・ 非該当					
システム入力	有 ・ 無					

習志野市 基本チェックリスト

基本チェックリスト実施日 年 月 日

フリガナ					被保険者番号										
氏 名					性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日							
住 所	習志野市						電話番号	( )							
相談内容															

\*\*\*\*\* アセスメント欄 \*\*\*\*\* 担当者（市・高相セ）

項 目	確認事項		該当する場合□内に チェック	
			A 列	B 列
本人の状態	1	一人でタクシーや公共交通機関を利用して外出できる。		<input type="checkbox"/>
	2	身の周りのこと（排泄・着替え等）や内服管理・金銭管理が自分のできる。		<input type="checkbox"/>
	3	かかってきた電話の対応や伝言を正しく行うことができる。		<input type="checkbox"/>
	4	歩行や立ち座りに介助が必要で、一人で外出できない。	<input type="checkbox"/>	
	5	大きな病気やけがで入院中又は療養中である。	<input type="checkbox"/>	
今後、利用を希望 するサービスの 内容	6	「訪問型サービス」を利用して、掃除や買い物等の支援をお願いしたい。		<input type="checkbox"/>
	7	「通所型サービス」を利用して、他者との交流や運動する機会をつくりたい。		<input type="checkbox"/>
	8	一人で自宅で入浴できないので、デイサービスで入浴したい。 入浴できない理由( )		<input type="checkbox"/>
	9	下記の介護予防サービスを利用したい。(希望するサービスに○) ----- ア.訪問看護 イ.訪問入浴 ウ.訪問リハ エ.通所リハ オ.ショートステイ カ.福祉用具レンタル・購入 キ.住宅改修 ク.地域密着型サービス	<input type="checkbox"/>	
	10	入居（グループホーム・介護専用有料老人ホーム等）・入所（特養・老健）したい。	<input type="checkbox"/>	
	11	利用を希望するサービスはないが認定を受けたい。	<input type="checkbox"/>	
本人の意向	12	基本チェックリストを受けて、総合事業によるサービスを利用したい。		<input type="checkbox"/>
	13	利用を希望するサービスはないが基本チェックリストを受けたい。		<input type="checkbox"/>

	↓	↓	
「4」、「5」、「9」～「11」のいずれかに該当する	⇒ チェックリスト実施対象外です。 要介護認定の申請手続きをしてください。	A 列のチェック の数を記入	
「1」～「3」、「6」～「8」、「12」、「13」のいずれかに 該当する（上記に該当する場合は、それを優先）	⇒ チェックリスト実施対象者です。		B 列のチェック の数を記入

備考欄（本人の希望・状態で留意すべきこと。感染症の有無。訪問の際の希望等）
---------------------------------------

項目	No.	質問事項	回答（どちらかに○）		判定（該当・非該当）		
くらし		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	( )/5	
		2	日用品の買い物をしていますか	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		
	運動	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	① ( ) /20 10/20 以上	② ( )/5 ----- 3/5 以上
		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. 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		
	栄養	11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ		③ ( )/2 ----- 2/2
		12	BMIが18.5未満ですか？ ⇒BMI(=体重( )kg÷身長( )m÷身長( )m)	1. はい	0. いいえ		
	口腔	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		④ ( )/3 ----- 2/3 以上
		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		
	外出	16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ		⑤ ( )/2 ----- No.16該当
		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		
	もの忘れ	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. はい	0. いいえ		⑥ ( )/3 ----- 1/3 以上
		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か	1. はい	0. いいえ		
心身	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 ( )/5 ----- 2/5 以上	
	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			

該当項目に○

①くらし	②運動	③栄養	④口腔	⑤外出	⑥もの忘れ	⑦こころ

高齢者相談センター（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、基本チェックリスト記入内容を、市、高齢者相談センター（地域包括支援センター）、居宅介護支援事業者、総合事業におけるサービス事業等実施者、その他介護予防ケアマネジメント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
--

受付印
-----