

# 介護予防のための基本チェックリスト

記入日 令和 年 月 日

氏名	生年月日 大正 昭和	年	月	日	歳	男女	連絡先(電話番号)

1、自分の状態を知るためのチェック項目です。「はい」「いいえ」のあてはまる方に○をつけて下さい。

チェック項目	回答	どちらかに○
1 バスや電車を使って、1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
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
6 階段を手すりや壁をつたわずに上っていますか	0. はい	1. いいえ
7 イス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
11 ここ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
12 身長と体重を教えてください <b>身長</b> cm <b>体重</b> kg		
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 お茶や汁物など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
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
18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」等の、もの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

2、最近2週間の気持ちについて伺います。次の質問で、**最近2週間以上続いている場合**には「はい」、続いていない場合には「いいえ」に○をつけて下さい。

21 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22 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 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 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25 わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

うら面もお願いします 

3、1～5の中からあてはまるものに○をつけてください。

26	あなたの現在の健康状態はいかがですか				
	1. よい	2. まあよい	3. ふつう	4. あまりよくない	5. よくない

4、天塩町では、「基本チェックリスト(裏面)」の結果により、介護予防事業のご案内や介護予防のための情報提供を行なっています。心身の状況に応じたアドバイスを行うためのチェック項目です。あてはまる項目に○をつけて下さい。

チェック項目		回答 あてはまる項目に○		
A	この3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をしましたか	はい	いいえ	
B	あなたはかかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか	はい	いいえ	
C	次のような症状はありますか			
1	この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中をおこしましたか	はい	いいえ	
2	重い高血圧がありますか、または血圧は高いですか ・ 上（収縮期血圧）180 mm Hg 以上 ・ 下（拡張期血圧）110 mm Hg 以上	はい	いいえ	わからない
3	糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか。	はい	いいえ	わからない
4	この1年間で心電図に異常があるといわれましたか	はい	いいえ	わからない
D	あなたは自分の身体を丈夫にし、張りのある生活を送るための取り組みに興味がありますか			
1	足腰の衰えを予防するための取り組みをしてみたい	はい	いいえ	
2	口の機能や肺炎を予防するための取り組みをしてみたい	はい	いいえ	
3	栄養と体力改善のための取り組みをしてみたい	はい	いいえ	
4	認知症予防のための脳機能を高める取り組みをしてみたい	はい	いいえ	
5	気のあった人たちと仲間づくりをしてみたい	はい	いいえ	

5、日常生活で困っていることや相談したいことなどがありましたらご自由にお書き下さい。