

# 基本チェックリスト

(H29.4.1改訂版)

被保険者番号		記入日	平成 年 月 日	担当者	
氏名	住所 鳥羽市				
生年	大昭 年 月 日 ( 歳)	性別	男・女	電話	
相談者連絡先	氏名 (続柄)	相談者電話	—	連絡可能な時間帯	
相談内容・既往歴等					

NO	質問項目	回答		判定	
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	10/20 以上	
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昇っていますか	0. はい	1. 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	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	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 cm 体重 Kg (BMI = ) (注)				
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		
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」などの物忘れがあるとされますか	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か	1. はい	0. いいえ		
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	( )/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未満の場合に該当とする

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あたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、介護ケアマネジメントで得られた情報を、市、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。

平成 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

## フレイルインデックス

a	6か月間で、体重が2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	項目11	( )/5
b	(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	項目25	
c	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	0. はい	1. いいえ		
d	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	1. はい	0. いいえ		
e	5分前のことが思い出せますか	0. はい	1. いいえ		

(引用文献；山田実：介護予防における疫学. 理学療法学 第43巻Suppl. No1. 2016:13-15)

基本チェックリスト 該当あり・該当なし



※チェックリストで該当なしの場合はフレイルインデックスを実施する。以下に該当項目ありの場合は事業対象者とする※

	チェック欄	
85歳以上		
80～84歳で、フレイルインデックスが1項目以上		
75～79歳で、フレイルインデックスが2項目以上		
チェックリスト項目18～20が2項目以上		※オレンジチームへ
チェックリスト項目18～20が1項目		