松江市基本チェックリスト

実施日　令和　　年　　月　　日(　　)

フリガナ 氏名		実施 場所	(　　)地域包括支援センター 自宅・その他(　　)・市窓口	要介護(要支援)認定申請 あり　・　なし	
住所	松江市			生年月日	T・S　年　月　日(　　歳)
希望する サービス	1.訪問サービス　2.通所サービス 3.その他(　　)	性別 男　女		記入者	本人　・　その他(　　)

No.	質問事項	回答:いずれかに〇をお付けください	
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
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ら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)	1.該当	0.非該当
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
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
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

(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

自分の健康状態をどのように感じますか	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

松江市基本チェックリストの結果は松江市、地域包括支援センター及び居宅介護支援センターへ提供し、今後の総合事業に活用させていただきます。結果を提供することについて同意していただけますか。

□同意する　　□同意しない。

令和　　年　　月　　日　氏名(本人)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

実施事業所等　:	実施者名　:

チェックリスト	生活総合 No.1～No.20	運動 No.6～No.10	栄養 No.11～No.12	口腔機能 No.13～No.15	外出 No.16～No.17	もの忘れ No.18～No.20	こころの健康 No.21～No.25	市　確認用
判定	／20	／5	／2	／3	／2	／3	／5	
該当基準	10以上	3以上	全該当	2以上	No.16のみ	1以上	2以上	
判定結果	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当	