みたか日常生活チェックシート

被保険者番号		地域包括支援センター名		担当者	
氏名		住所 電話	三鷹市 ー　ー		
生年月日	明 大 昭　年　月　日（　歳）	性別	男・女	記入日	平成　年　月　日
連絡先	氏名　（続柄　）	左記の電話	－　－	連絡可能な時間帯	
相談内容・既往歴等					

No.	質問項目	回答	
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か月間で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と感じますか	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い気分ですか	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る気分ですか	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ことが続いていますか	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していますか	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、みたか日常生活チェックシートを、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。

令和　年　月　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿