

元気アップチェック（介護予防のための基本チェックリスト）

提出日 平成 年 月 日

実施日 平成 年 月 日

太枠内を全てご記入ください

ふりがな 氏名		男女	生年 月日	大正・昭和 年 月 日（ ）歳
住所	甲府市		電話 番号	

『はい』『いいえ』、または、あてはまるものに○をお付けください。

1	バスや電車で一人で外出していますか	○ はい	1 いいえ
2	日用品の買物をしていますか	○ はい	1 いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	○ はい	1 いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	○ はい	1 いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	○ 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	○ 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	○ はい	1 いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	○ 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	○ いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1 はい	○ 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	○ いいえ
12	身長 cm 体重 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	○ 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	○ いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1 はい	○ いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	○ 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	○ いいえ
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」など物忘れがあるとされますか	1 はい	○ 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	○ 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	○ いいえ
21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	1 はい	○ 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	○ 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	○ 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	○ 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	○ いいえ

26	要支援・要介護の認定を受けていますか	はい	いいえ
27	現在、治療中の病気はありますか（『ある』場合あてはまるものに○を） 高血圧 脳卒中（脳梗塞・脳出血等） 心臓病（心電図異常・不整脈・狭心症・心筋梗塞等） 腎不全 糖尿病（低血糖発作・腎症・網膜症） 貧血 骨粗しょう症 関節疾患（腰・膝・肩等） その他（具体的）	ある	ない
28	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		
【個人情報の取り扱いに関する同意】必ずご記入ください 本質問票で取り扱う個人情報は、介護予防・日常生活支援総合事業の利用にあたり、必要な範囲で甲府市地域包括支援センター等関係機関に提供することがあります。またこれらの情報は甲府市個人情報保護条例により適切に取り扱い、目的以外に使用いたしません。 以上の内容について同意します。 平成 年 月 日 署名 _____			

【判定結果】 ※ほうかつ、居宅介護支援事業所（介護支援専門員）、高齢者福祉課記入
 結果：得点を記入 該当：該当＝○、非該当＝×

	虚弱	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ病
結果	/ 20	/ 5	/ 2	/ 3	/ 1 ※No16のみ	/ 3	/ 5
該当							

※判定基準

① No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	虚弱
② No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当	運動機能の低下
③ No.11～12 の 2 項目のすべてに該当	低栄養状態
④ No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当	口腔機能の低下
⑤ No.16～17 の 2 項目のうちNo.16 に該当	閉じこもり
⑥ No.18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当	認知機能の低下
⑦ No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当	うつ病の可能性

【甲府市使用欄】

受付	台帳入力		提出者	介護認定	元気アップチェック該当		生活保護
	該当	非該当			虚弱	閉じこもり	
			本人 家族	要介護	虚弱	閉じこもり	あり
			ほうかつ	要支援	運動	認知	なし
			事業所	事業該当	栄養	うつ病	
			その他	なし	口腔		