



認知症追加項目	1	意思を他者に伝達できますか	0.できる 1.ときどきできる 2.ほとんどできない 3.できない
	2	毎日の日課を理解できますか	0.できる 1.できない
	3	生年月日や年齢が言えますか	0.できる 1.できない
	4	面接調査直前に何をしていたか思い出せますか（短期記憶）	0.できる 1.できない
	5	自分の名前が言えますか	0.できる 1.できない
	6	今の季節が分かりますか	0.わかる 1.わからない
	7	自分のいる場所が言えますか	0.言える 1.言えない
	8	徘徊がありますか	0.ない 1.ときどきある 2.ある
	9	外出して戻れないことがありますか	0.ない 1.ときどきある 2.ある

区分	全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ	判定
No.	1~20	6~10	11~12	13~15	16~17	18~20	21~25	<input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業
判定基準	10点以上	3点以上	2点以上	2点以上	No.16に該当	1点以上	2点以上	
該当項目（○をす）	/20点	/5点	/2点	/3点	/2点	/3点	/5点	

地域包括支援センター等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時は、利用者基本情報、アセスメントシート、介護予防サービス支援計画書等を、関係機関（市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医等）に提示することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

代筆者 氏名 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）

事務処理欄			
受付日	基本チェック	入力日	通知日
_____	_____	_____	_____
/	/	/	/

市受付印

その他

<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新（前回 _____） <特記>
--