

通所型サービス診断票 実施日：令和 年 月 日 AM・PM (確認日：令和 年 月 日)

地域包括支援センター		実施事業所	
区分	新規 ・ 更新	実施者名	

氏名

生年月日 T・S 年 月 日 ( 歳)

通所型サービス診断票 回答のいずれかに○をつけてください。

聞き取り： 本人 ・ 本人以外（誰）

		質 問 事 項	回 答	
生活機能 点 10/20	1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ
	2	日用品の買物をしていますか	はい	いいえ
	3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
	4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
	5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ
運動 点 3/5	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	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	いいえ
	8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ
	9	この1年間に転んだことがありますか	いいえ	はい
	10	転倒に対する不安は大きいですか	いいえ	はい
低栄養 点 1/2	11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	いいえ	はい
	12	身長( )cm 体重( )kg BMI：体重kg÷身長m÷身長m(18.5↓)		
口腔 点 2/3	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	いいえ	はい
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい
	15	口の渇きが気になりますか	いいえ	はい
閉込 16が いいえ	16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	いいえ	はい
認知 点 1/3	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	いいえ	はい
	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	いいえ
	20	今日は何月何日かわからない時がありますか	いいえ	はい
うつ 点 2/5	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	いいえ	はい
	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	いいえ	はい
	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	いいえ	はい
	24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	いいえ	はい
	25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	いいえ	はい

診 断

身体状態	サービスニーズ
生活機能	運動
運動	
低栄養	口腔・栄養
口腔機能	
閉じこもり	社会参加
うつ	
認知機能	認知機能



運動+口腔栄養+社会参加	介護予防通所介護 相当サービス
運動+口腔・栄養+認知機能	
すべて	介護申請
運動	健康づくり デイトレーニング
運動+社会参加	
運動+社会参加+認知機能	
運動+認知機能	健康づくり デイトレーニング +短期集中訪問指導
運動+口腔・栄養	
口腔・栄養	短期集中訪問指導
口腔・栄養+社会参加	健康づくり デイサービス + 短期集中訪問指導
口腔・栄養+社会参加+認知機能	
口腔・栄養+認知機能	
社会参加	健康づくり デイサービス
社会参加+認知機能	
認知機能	
該当なし	非該当

上記の内容について、事実と相違ありません。また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

サイン: