

基本チェックリスト

										入力	被保険者証	担当

被保険者番号										記入日	： 令和	年	月	日
ふりがな						生年	明治・大正・昭和			年齢	歳	性別	男・女	
氏名						月日	年 月 日生							
住所	〒 -									電話番号				

	No.	質 問 項 目	回答		点数	
社会 参 加	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	／5	／ 20
	2	日用品の買物をしていますか	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		
運 動	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	／5	
	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	1 5 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		
栄 養	11	6 ヶ月間で2 ～ 3 kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	／2	
	12	BMIは1 8 . 5 未満ですか ※BMI＝体重（k g）÷身長（m）÷身長（m） 身長 cm 体重 kg BMI （ ）	1. はい	0. いいえ		
口 腔	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	／3	
	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		
閉 じ こ も り	16	週に1 回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	／2	
	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		
物 忘 れ	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	／3	
	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		
こ こ ろ	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	／5	
	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で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		

介護予防・日常生活支援サービス事業の利用にあたり、基本チェックリストを用いた事業対象者該当・非該当の判定を受けることについて同意します。

また事業対象者となった場合、基本チェックリスト等の内容を組合、市町、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所及びその他本事業の実施に必要な範囲で情報提供することに同意します。

(本人の場合)

(代理人の場合)

本人氏名 _____ 代理人氏名 _____ (本人との関係：_____)