

基本チェックリスト(提出用)

作成日	年 月 日	作成者	所属
			氏名

被保険者番号 No.	生年月日	年 月 日
住所	電話番号	
氏名	性別	男 ・ 女

No.	質問事項	回答 (いずれかに○を付ける)		備考
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ヶ月で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されますか	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	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くなった	1.はい	0.いいえ	
23	(ここ2週間)以前は楽に出来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	

(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。

当該基本チェックリストの結果及び内容について、地域包括支援センター、在宅介護支援センター及び居宅介護支援事業所等へ提供することに同意します。

年 月 日 氏名 印 (本人自署の場合は、押印不要です。)

(市チェック欄 以下は記入しないでください)	有効期間 ( )
6-10(3項目以上)・11-12(2項目すべて)・13-15(2項目以上)・16該当・18-20(1項目以上)・21-25(2項目以上)・複数(1~20のうち10項目以上)	