

基本チェックリスト

被保険者番号 _____

記入日： _____ 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			(歳)
住所		電 話	()

No	質 問 項 目	回 答：いずれかに○ をお付けください	
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	日用品の買い物をしていますか	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乗っていますか	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分くらい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か月間で2～3kg以上の体重減少がありますか	1. はい	0. いいえ
12	身長 _____ cm 体重 _____ kg (BMI = _____) (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		
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) 以前は楽にできていたことが今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) 訳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・日常生活支援総合事業の利用に当たり、利用者の状況を把握する必要がある時は、基本チェックリスト、基本情報を本事業の実施に必要な範囲で関係する者へ提示することに同意します。

氏 名 (自 署) _____

事業対象者に該当する基準

① 表面の質問項目（以下「質問項目」という。）No. 1～20までの20項目のうち10項目以上に該当	日常生活機能の低下
② 質問項目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 質問項目No. 11～12の2項目全てに該当	栄養状態の低下
④ 質問項目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 質問項目No. 16、17のうちNo. 16に該当	閉じこもり
⑥ 質問項目No. 18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	認知症初期
⑦ 質問項目No. 21～25までの5項目のうち2項目以上に該当	心の悩み