

# 基本チェックリスト

(記入年月日 年 月 日)

(御本人が記入してください)

被保険者番号										有効期間 (更新の場合記入)	年 月 日から 年 月 日まで
氏名	(男・女)									生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所											
日中連絡のとれる電話番号										( )	
介護予防ケアマネジメントの作成等総合事業の適切な実施のため、基本チェックリストを地域包括支援センター、居宅介護支援事業所に提示することについて										<input type="checkbox"/> 同意する	

No.	質問項目	回答		該当数
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
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	/ 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	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	/ 2
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	/ 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	
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	
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などのもの忘れがあるとされますか	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	
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	

※裏面もあります

○介護予防・日常生活支援総合事業のサービスで希望するものはありますか

--

○日常生活で困っていることはありますか

--

※ 提出代行者が提出する場合に記入してください。

記入者氏名		被保険者との関係	
記入者住所			
提出代行者			