

基本チェックリスト

チェックリスト実施日	
年	月 日
記入者	本人・家族()
区分	新規 ・ 更新

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ヶ月間で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	/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・日常生活支援総合事業のサービスで希望するサービスはありますか

--

○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		被保険者との関係	
記入者住所			
提出代行者			

※以下の欄は記入しないでください。

受付	入力	情報提供日