

# 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 対象者氏名	男・女 ( 年 月 日生)	歳	電話番号	( )	
住 所			代 理	(続柄 )	
No.	質 問 項 目		回 答 いずれかに○をつけて下さい		事業対象者に該当する基準
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	3/5以上該当 運動機能低下
7	椅子に座った状態からなに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した		1. はい	0. いいえ	すべてに該当 低栄養状態
12	身長 cm 体重 kg (BMI )(注) BMIが18.5未満である		1. はい	0. いいえ	
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	2/3以上該当 口腔機能低下
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	No.16に該当 閉じこもり
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	1/3以上該当 認知機能低下
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	2/5以上該当 うつ状態の可能性
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は思えない		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)

総合事業  該当  非該当

【個人情報提供同意欄】

介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントの内容を、市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 (氏名)