基本チェックリスト

被保険者番号（　　）　　記入日（　　年　　月　　日）

氏名	男　女	生年月日　　年　　月　　日
住所		電話

No	質問項目	回答（いずれかに○をお付け下さい）		事業対象者判断基準
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	1～20 項目のうち 10 項目以上で該当 □
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らずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	6～10 で3項目以上該当で対象 □
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ヵ月間で 2～3kg 以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	11～12 で２項目すべて該当で対象 □
12	身長　　cm　体重　　kg（BMI　　）（注）	1.18.5 未満	0.18.5 以上	
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	16 に該当で対象 □
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言われますか	1. はい	0. いいえ	18～20 で１項目以上該当で対象 □
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	２１～２５で２項目以上該当で対象 □
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	

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。

市、地域包括支援センターが行う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、アセスメントシートを、市、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