

## 基本チェックリスト

記入日： 年 月 日 ( )

被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		生年月日	
住 所 (住民登録地)		明・大・昭	
		年 月 日	
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のっていますか	0.はい	1.いいえ
運動器関係			
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
栄養関係			
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
12	身長           cm        体重           kg        (BMI =           ) (注)		
口腔機能関係			
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
閉じこもり関係			
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
認知症関係			
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
うつ関係			
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) 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。

利用を希望するサービスに○を付けてください。(複数回答可)

<介護予防・生活支援サービス事業> 1. 通所介護      2. 訪問介護      3. その他 (                                  )		
<一般介護予防事業> 1. 介護予防教室      2. サロン      3. その他 (                                  )		

※地域包括支援センター記載欄

地域包括支援センター名	職種	氏名
基本チェックリストの質問項目を聞き取った者に☑してください。 <input type="checkbox"/> 本人                                  ( <input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 電話【理由                                  】) <input type="checkbox"/> 家族(続柄                                  )      ( <input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> 電話)【理由                                  】 <input type="checkbox"/> その他 (                                  )      【理由                                  】		
基本チェックリストを実施した理由で該当する項目に☑してください。 <input type="checkbox"/> サービス事業のみの利用を希望し、要支援認定を省略し、迅速にサービスにつなげる必要がある者 <input type="checkbox"/> 要支援認定の申請を行った結果、非該当と認定されたが、サービス事業の利用が必要と判断する者 <input type="checkbox"/> 要支援認定を受けているが本人の希望により更新しないで、サービス事業のみの利用を希望する者		

基本チェックリストの結果(基準に該当する場合は○)

日常生活	運動器	栄養改善	口腔機能	閉じこもり	認知症	うつ
10 / 20	3 / 5	2 / 2	2 / 3	No.16	1 / 3	2 / 5

※保険者確認欄

連合記入担当者 (                                  )	<input type="checkbox"/> 要支援認定無 <input type="checkbox"/> 要支援認定有(有効期限                  年          月          日) <input type="checkbox"/> 事業対象者基準該当 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント依頼届出書添付 <input type="checkbox"/> 被保険者証添付
---	--