

基本チェックリスト

◎個人情報厳格な管理のもとでお取り扱いし、プライバシーの保護に十分配慮いたします。

(ふりがな) 氏 名	男 女
生年月日	明 大 昭 年 月 日
住 所	(地区名)
電話番号	

No.1~25の質問の「はい」「いいえ」のいずれかに○をつけてください。
* 3枚複写のため、しっかりと記入してください。

No.	質問項目	回答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	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	はい	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	はい	いいえ
8	15分くらい続けて歩いていますか	はい	いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	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	はい	いいえ
12	BMIが18.5未満ですか[BMI=体重()kg÷身長()m÷身長()m]	はい	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	はい	いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
15	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	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	はい	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	はい	いいえ
20	今日が何月何日かわからないときがありますか	はい	いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	はい	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	はい	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	はい	いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	はい	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	はい	いいえ

※当てはまるもの一つに○を付けてください。

質問項目	回答
あなたの現在の健康状態はいかがですか。	1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない

No.	1~20(生活機能)	6~10(運動)	11~12(栄養)	13~15(口腔)	16(閉じこもり)	18~20(認知機能)	21~25(うつ)
基準	10項目以上	3項目以上	2項目	2項目以上	1項目	1項目以上	2項目以上
該当の場合「○」							

【生活機能の確認(基本チェックリスト)を受けられる方へ(同意のお願い)】
このたび、生活機能の確認(基本チェックリスト)及び介護保険事業について十分な説明を受けました。介護予防ケアマネジメントの実施にあたり、基本チェックリストの内容を、市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護予防・生活支援サービス事業提供者に提示することに同意します。また結果を地域支援事業の基礎資料として使用することに同意します。

年 月 日

[氏名]

地域包括支援センター名

(担当者)