

様式第1号(第5条関係)

基本チェックリスト

被保険者番号										記入日			年	月	日
氏名				住所			電話番号 ()								
生年月日		明治 大正 昭和	年									月	日	性別	
希望するサービス		1. 通所サービス 2. 訪問サービス 3. その他()													
No.	質問事項					回答 (いずれかに○をお付けください)		判定							
1	バスや電車を利用して1人で外出していますか。					0 はい	1 いいえ	() / 5	事務処理欄 受付						
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	判定						
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か。					1 はい	0 いいえ	10 / 20 以上	届出						
12	身長	cm	体重	kg(BMI) (注)							() / 2			
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					2 / 3以上			
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	入力						
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	No. 16該当							
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか。					1 はい	0 いいえ	() / 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	1 / 3以上							
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	担当包括						
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					2 / 5以上			
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未満の場合に該当する。

※介護予防ケアマネジメントに当たり、この基本チェックリストを地域包括支援センター等に情報提供させていただきます。

介護予防ケアマネジメント以外には使用いたしません。

情報提供に同意されない場合は、右の()に×を記入してください。()