

# 基本チェックリスト

○回答欄の「はい」または「いいえ」を○で囲んでください。

住所	西条市	TEL		記入日	年 月 日
氏名		被保険者番号		生年月日	(大正・昭和) 年 月 日

番号	質問項目	回答		1の数
1	バスや電車で一人で外出していますか	0 はい	1 いいえ	IADL等 ( )個
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	運動器 ( )個
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	
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	栄 養 ( )個
12	(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 身長            cm    体重            kg (BMI=            )(注)			
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	口 腔 ( )個
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	外 出 ( )個
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	
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	もの忘れ ( )個
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	気 分 ( )個
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	

区分	総合 (気分は除く)	運動器	栄養	口腔	外出	もの忘れ	気分	判定
No.	1～20	6～10	11～12	13～15	16～17	18～20	21～25	<input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 要介護(支援)認定申請
判定基準	10点以上	3点以上	2点すべて	2点以上	No.16に該当	1点以上	2点以上	

当該基本チェックリストの実施結果及び内容について、西条市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、その他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