

基本チェックリスト

| 被保険者番号 | | 記入日 | 平成 年 月 日 |
|--------|------------------------------------|------------------|----------|
| 氏名 | | | |
| 住所 | 連絡先 () | | |
| 生年月日 | 明大 年 月 日 昭 | 判定結果 | 該当 ・ 非該当 |
| No. | 質問事項 | 回答：いずれかに○をお付け下さい | |
| 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 |
| 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 |
| 12 | 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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

基本チェックリストの内容について、上記のとおり相違ありません。また、基本チェックリストの結果は地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者へ提供し、今後の総合事業に活用することについて同意します。

平成 年 月 日 氏名 _____ 代筆者 _____ 続柄 () _____