

被保険者NO.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付者	介護・高齢・包括
-----	----------

住所: 生駒市

電話: ()

氏名: (年 月 日生) 代理: (続柄)

基本チェックリスト

実施日: 平成 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		/20
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た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おおきいですか	1: はい	0: いいえ		/5
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)				/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		
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		/3
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		/2
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		/3
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なった	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		/5
健康状態について		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			

(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

社会生活	運動	低栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ	主観的健康感

総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、事業対象候補者となった場合には、基本チェックリストの記入内容等について、介護保険課・高齢施策課及び地域包括支援センターに提供することに同意します。

被保険者氏名
