

# 基本チェックリスト

記入日 令和 年 月 日

氏名	代筆者（ ）	生年月日	大正・昭和 年 月 日 歳
住所	胎内市	TEL	

No	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください		
暮らし	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	/20 1~20で 10点以上
	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	
運動	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 3点以上
	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		
栄養	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	/2 2点
	12 BMI（体格指数）が、18.5未満ですか *身長と体重で計算します 体重 <input type="text"/> Kg ÷ 身長 <input type="text"/> m ÷ 身長 <input type="text"/> m	1. はい	0. いいえ	
口腔	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 2点以上
	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	
閉じこもり	16 週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	/1
	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	—
物忘れ	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	/3 1点以上
	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	
こころ	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 2点以上
	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	
	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	

あなた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

サービスを利用するに当たり、基本チェックリストの実施を依頼します。また、介護予防マネジメントを行う地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者が利用者の状況を把握する必要がある時は、受付シート、基本チェックリストを、市、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業実施者、介護保険施設、主治医、その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

氏 名 ⑩

代筆者氏名 （続柄）