

基本チェックリスト (実施日 令和 年 月 日)

ふりがな				被保険者番号			
氏名			性別	男・女	生年月日	明・大・昭	年 月 日
住所							
連絡先	氏名	(続柄)	電話	— —			
希望するサービス		<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> その他のサービス			

No.	質問項目 (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	↑	[] 点 ※No.1~20の 10点以上は 該当	
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	↑ ↓	[] 点 ※3点以上は 該当	
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	↑ ↓	[] 点 ※2点は 該当	
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)	1.18.5未満	0.18.5以上			
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	↑ ↓	[] 点 ※2点以上は 該当	
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	↑ ↓	[] 点 No.16が「いいえ」は 該当	
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	↑ ↓	[] 点 ※1点以上は 該当	
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	↑ ↓	[] 点 ※2点以上は 該当
22		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		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		自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ		
25		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

介護保険事業の適切な運営と今後の介護予防ケアマネジメントのために必要があるときは、この用紙を含む、基本チェックリストの結果を小牧市、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所、その他関係する行政機関へ提供することに同意します。

氏名(本人署名)

実施者所属 :

実施者名 :

判定結果

該当 ・ 非該当