

基本チェックリスト

記入日： 年 月 日 ()

氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日
住所		電話				
希望するサービス	訪問介護 (週 回)		通所介護 (週 回)			
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			
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			
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分くらい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「いつも同じことを聞く」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	今日が何月何日か分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

介護予防ケアマネジメントの作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、本書の回答内容及び判定結果を久慈広域連合から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、主治医に提供することに同意します。

本人氏名 _____ 代筆者氏名 _____ 続柄 () _____

質問項目	該当項目	該当要件
① No.1～20 までの 20 項目のうち	個	10 項目以上に該当
② No.6～10 までの 5 項目のうち	個	3 項目以上に該当
③ No.11～12 の 2 項目	個	すべてに該当
④ No.13～15 までの 3 項目のうち	個	2 項目以上に該当
⑤ No.16 の項目	個	該当
⑥ No.18～20 までの 3 項目のうち	個	いずれか 1 項目以上に該当
⑦ No.21～25 までの 5 項目のうち	個	2 項目以上に該当

(注) この表における該当 (No. 12 を除く。) とは、基本チェックリストの回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。

この表における該当 (No. 12 に限る。) とは、 $BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)} \div \text{身長 (m)}$ が 18.5 未満の場合をいう。