

基本チェックリスト

被保険者番号		記入日		受付者	
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
氏名					
住所		電話	()	—	

番号	質問項目	当てはまるほうへ○をつけてください		判定	
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 (10/20 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		
6	階段を手すりや壁を伝わらずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ		/ 5 (3/5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 (2/2)
12	身長 () cm 体重 () kg BMI ()				
13	半年前に比べて固いものがたべにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ		/ 3 (2/3以上)
14	お茶や汁物でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ		
15	口の渇きがきになりますか	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		/ 2 (16該当)
17	昨年に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		/ 3 (1/3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		
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 (2/5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) わけもなく疲れるような感じがする	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

総合事業の適切な運営と地域包括ケア会議に活用するため、基本チェックリストを地域包括支援センターに提供することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 _____