

## 基本チェックリスト

1. お名前、生年月日、年齢をご記入願います。

フリガナ			
氏名			
生年月日	大正・昭和	年	月
	日	歳	

記入年月日	年	月	日
-------	---	---	---

2. 太枠の中の質問項目を読み、回答欄の「はい」「いいえ」いずれかに○をつけてください。

NO	質問項目	回答		
		いずれかに○をつけて下さい。		
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	階段をて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	3
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
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	お茶や汁物など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	2
16	週に1回以上は外出していますか。	0. はい	1. いいえ	
17	昨年に比べて外出の回数が減っていますか。	1. はい	0. いいえ	1
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」等の物忘れがあるとわれますか。	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	1
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	2

総合事業対象者選定のために基本チェックリスト・興味・関心チェックシートに回答することや記入内容を介護保険係・地域包括支援センターに提供することに同意します。 氏名 \_\_\_\_\_

(注) BMI=体重÷身長(m)÷身長(m)=18.5未満の場合に該当とする

該当基準	項目の有無	総合事業 該当有無	サービス利用希望の有無
①質問N01～20項目のうち10項目以上	有・無	あり・なし	有・無
②質問N06～10項目のうち3項目以上	有・無		希望サービス内容
③質問N011～12項目のうち2項目すべて	有・無		
④質問N013～15項目のうち2項目以上	有・無		
⑤質問N016項目に該当	有・無		
⑥質問N018～20項目のうち1項目以上	有・無		
⑦質問N021～25項目のうち2項目以上	有・無		

健康 状態	<input type="checkbox"/> よい
	<input type="checkbox"/> まあよい
	<input type="checkbox"/> ふつう
	<input type="checkbox"/> あまりよくない
	<input type="checkbox"/> よくない

### 総合事業対象者

- i 1から20までの20項目のうち10項目以上に該当する者
- ii 6から10までの5項目のうち3項目以上に該当する者
- iii 11及び12の2項目すべてに該当する者
- iv 13から15までの3項目のうち2項目以上に該当する者