

被保険者番号								実施日	年	月	日
氏名					性別	男・女	生年月日	年	月	日 ( )	
現住所	〒						連絡先				

## 基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付けください)		点数	事業 対象者 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	/5		
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ			
3	預貯金のお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	/5	3点～ 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			
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～ 該当	
12	身長 ( ) cm, 体重 ( ) kg ⇒ BMI = ( ) ※(注)参照					
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～ 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日以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	/2	「16」が 「いいえ」で 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されますか	1.はい	0.いいえ	/3	1点～ 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			
(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が18.5未満の場合に1点とする。				小計	/20	10点～ 該当

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～ 該当	
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			
(すべて答えたかどうか、もう一度ご確認ください。)				合計	/25	

地域包括支援センター及びその業務の委託を受けた居宅介護支援事業者が行う介護予防ケアマネジメントの実施に当たり必要があるときは、基本チェックリストの内容、利用者基本情報、アセスメントシートを、市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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。

年 月 日 氏名 印 (自署の場合は印不要)