

基本チェックリスト（東三河広域連合 介護予防・日常生活支援総合事業）

基本情報	実施場所		実施年月日	年 月 日
	被保険者番号		生年月日	大正・昭和 年 月 日（ 歳）
	フリガナ			
	氏 名			
	住 所	電話番号（ ）		
	要介護認定	申請なし ・ 申請中 ・ 要支援（ 1 ・ 2 ） ・ 要介護		
	相談内容			

区分	No.	質問項目	回答		判定		
日常生活の状況	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			
足腰の状況	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		() / 20 10/20以上	() / 5 3/5以上
	7	椅子に座った状態からなに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			
栄養状況	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	10/20以上	() / 2 2/2	
	12	身長_____cm 体重_____kg（BMI = _____） ※BMI（＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)）が18.5未満の場合に該当とする	1. はい	0. いいえ			
口腔状況	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	10/20以上	() / 3 2/3以上	
	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			
こもり閉じ	16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	10/20以上	No. 16 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			
もの忘れ	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	10/20以上	() / 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ときがありますか	1. はい	0. いいえ			
ここ2週間の気持ち	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	10/20以上	() / 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			
事業対象者結果			該当 ・ 非該当				

介護予防・日常生活支援総合事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本情報及び基本チェックリストの実施結果を東三河広域連合、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護予防・日常生活支援総合事業サービス・活動提供事業者に提供することに同意します。

年 月 日 氏名（自署）_____