

様式第1号（第12条関係）

基本チェックリスト

| 被保険者番号 |                                    | (記入日) 令和 年 月 日    |        |            |        |
|--------|------------------------------------|-------------------|--------|------------|--------|
| 氏名     |                                    | 生年月日              | 年 月 日  | 担当者        |        |
| 住所     | 希望サービス                             |                   |        |            |        |
| 連絡先    | 氏名 (続柄)                            | 電話番号              |        |            |        |
| No.    | 質問項目                               | 回答：いずれかに○をお付けください |        | 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 | 10 / 20 以上 | 3/5 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つたわずに昇っていますか              | 0. はい             | 1. いいえ |            | 2/2    |
| 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 | 2/3 以上     |        |
| 12     | 身長 cm 体重 Kg BMI (= ) (注)           | 1. はい             | 0. いいえ |            |        |
| 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 | 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 | 1/3 以上     |        |
| 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 |            |        |
| 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 | 2/5 以上     |        |
| 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 |            |        |

(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事業対象者に該当する基準

|                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| ① No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当    | (複数の項目に支障) |
| ② No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当      | (運動機能の低下)  |
| ③ No.11～12の2項目のすべてに該当           | (低栄養状態)    |
| ④ No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当     | (口腔機能の低下)  |
| ⑤ No.16～17の2項目のうちNo.16に該当       | (閉じこもり)    |
| ⑥ No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当 | (認知機能の低下)  |
| ⑦ No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当     | (うつ病の可能性)  |

当該基本チェックリストの結果及び内容について、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所等へ提供することに同意します。

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_  
代筆者 \_\_\_\_\_