

基本チェックリストは、高齢者自身が生活を振り返り、心身機能の衰えがないか確認する質問表です。(対象:65歳以上)  
 判定の①～⑦に該当すると介護予防・日常生活支援総合事業の対象者となり、総合事業のサービスが利用できます。

### 基本チェックリスト

被保険者番号		記入日		担当者	
氏名		住所			
生年月日		性別	男・女	日中連絡の取れる電話番号	

NO	質問項目	回答		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	( )/5	②3/5以上で該当
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年間に転んだことはありますか	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以上の体重の減少はありましたか	1. はい	0. いいえ	①10/20以上で該当	( )/2 ③2/2で該当
12	身長 cm 体重 kg (BMI = ) (注) 体重 kg ÷ 身長 m ÷ 身長 m = 18.5未満で該当				
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	( )/2	⑤No.16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		
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	( )/3	⑥1/3以上で該当
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	⑦2/5以上で該当
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれ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		

※ ①～⑦のいずれかに該当する場合は、総合事業のサービスが利用できます。

介護保険事業の適切な運営に活用するため、「スクリーニングシート」「基本チェックリスト」を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