

基本チェックリストは、介護の原因になりやすい生活機能の低下がないか確認する質問表です。(対象は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		
相談内容														
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	()/20	()/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	
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	
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												③2/2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		()/3	
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		④2/3 以上で 該当	
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	
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		⑤No.16 で該当	
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	
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		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。 年 月 日 氏 名 代筆者														