基本チェックリスト

被保険者番号（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　□住所地特例（保険者　　　　　　　　）

氏名	男・女	生年月日　T・S　年　月　日
住所		電話番号
記入者	本人　・　家族（関係　　　　　　（同居・同居外）） ケアマネジャー（　　　　　　　　）・　その他（　　　　　　　）	

NO.	質問事項	回答 （いずれかに○をお付け下さい）	
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
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らずに昇っていますか	0 はい	1 いいえ
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
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
12	肥満度（BMI）は18.5未満ですか 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
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「いつも同じことを聞く」などのもの忘れがあると言われますか	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
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以下の場合は該当（小数点以下は小数点第2位を四捨五入とする）

地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施にあたり、基本チェックリストの結果および診療情報提供書等を、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、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。
サービス利用にあたり、総合事業の趣旨を理解し、主治医に診療情報提供書の作成依頼を行い、その費用を負担すること、主治医が診療情報提供書を地域包括支援センターに郵送することについて同意します。

年　月　日　氏名（本人署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※地域包括支援センター記入欄

基本チェックリスト実施日	年　月　日	
担当包括・実施者名	基幹 ・ 圏域（　　）	実施者名：
基本チェックリスト結果	該当あり ・ 該当なし	
	生活機能 ・ 運動 ・ 栄養 ・ 口腔 ・ 閉じこもり ・ 認知 ・ うつ ／20 ・ ／5 ・ ／2 ・ ／3 ・ ／1 ・ ／3 ・ ／5	
基本チェックリスト入力日	年　月　日	
事業対象者判定会議日	年　月　日	
判定会議出席者		
事業対象者判定結果	該当 ・ 非該当 ・ 保留	
	保留の場合：　年　月　日訪問 →事業対象者判定結果：　該当 ・ 非該当	
診療情報提供書発行	1　申請時に窓口で渡した 2　訪問時に渡した 3　判定後、結果通知と併せて介護保険課から対象者へ郵送 4　その他（　　　） 5　発行不要 発行日　または　引継日：　年　月　日	
備考：		

※介護保険課記入欄

受理日	年　月　日	入力日	年　月　日	担当：