

## 基本チェックリスト

被保険者番号		記入日	平成 年 月 日	担当者	
氏名	住所 笠松町				
生年月日	大昭 年 月 日 ( 歳)	性別	男・女	記入者	自分・その他 ( )

◎自分の健康(体や心)について、あてはまるものに○をつけてください。  
 1 とても健康である    2 まあまあ健康である    3 ふつう    4 あまり健康でない    5 健康でない

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 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		
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		
12	身長          cm          体重          Kg          (BMI =          ) (注)				
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		
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

※介護予防事業または介護予防サービス等の利用にあたり、地域包括支援センターに情報提供いたします。

《事務処理欄》

判 定
<input type="checkbox"/> チェックリスト該当 → 介護予防日常生活支援総合事業へ(裏面記入をお願いすること)
<input type="checkbox"/> チェックリスト非該当 → 一般介護予防事業などのサービスへ
<input type="checkbox"/> チェックリストのほとんどの項目に該当する → 要介護(支援)認定申請要。