

# 基本チェックリスト

生活状況などを確認するため、  
以下の質問に回答いただきます。

被保険者番号		記入日:平成 年 月 日 ( )
住所	〒 ( )	希望するサービス
	☎ ( )	訪問型 通所型
フリガナ氏名	生年月日	明・大 昭・平 年 月 日
No	質問項目	いずれかに○をお付けください
1	バスや電車で1人で外出していますか	はい いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	はい いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	はい いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい 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	はい いいえ
7	椅子に座った状態からも何もつかまらずに立ち上がっていますか	はい いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	はい いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	はい いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI= ) (注)	はい 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	はい いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい いいえ
15	口の渇きが気になりますか	はい いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	はい いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい 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	はい 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	はい いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	はい 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	はい いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	はい いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	はい 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	はい いいえ

(注)BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当する。

## 事業対象者に該当する基準

①No.1～20のうち、10項目以上に該当	(複数の項目に支障)
②No.6～10のうち、3項目以上に該当	(運動機能の低下)
③No.11～12の2項目とも該当	(低栄養状態)
④No.13～15のうち、2項目以上に該当	(口腔機能の低下)
⑤No.16～No.17のうち、No16に該当	(閉じこもり)
⑥No.18～20のうち、1項目以上に該当	(認知機能の低下)
⑦No.21～25のうち、2項目以上に該当	(うつ病の可能性)

代理申請者記入欄

フリガナ 氏名			本人との 関係 (続柄)	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女	
住所	〒			
	電話番号 ( )			

※今回の申請者がご本人以外の場合は、この欄に記入をお願いします。

注)この申請書に記載された情報は、介護サービス提供のために限りに  
使用します。

※町使用

	高齢者 介護	包括支援
電算		
コピー		