基本チェックリスト

被保険者番号		記入日	年　月　日	担当者	
氏　名		住　所	菊池市		
生年月日	大 昭　年　月　日（　歳）	性別	男　・　女	行政区	
連絡先	氏名　（続柄　）	電話		連絡可能な時間帯	
相談内容 ・ 既往歴等	**利用希望サービス（　）**				

NO	質問事項	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		
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伝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		( )/5 3/5 以上
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	10/20 以上	
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		( )/2 2/2
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		( )/3 2/3 以上
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		No.16 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		( )/3 1/3 以上
20	今日が何月何日か分からないときがありますか	1.はい	0.いいえ		
21	（ここ２週間）毎日の生活に充実感が無い	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		( )/5 2/5 以上
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

この基本チェックリストに関する情報を、ケアマネジメント事業や事業実施の際に活用する観点から、関係機関へ提供することに同意します。

年　月　日　被保険者氏名

代理者氏名