

# 基本チェックリスト

|        |         |             |       |     |
|--------|---------|-------------|-------|-----|
| 被保険者番号 |         | (記入日) 年 月 日 |       |     |
| 氏名     |         | 生年月日        | 年 月 日 | 担当者 |
| 住所     | いなべ市    | 希望サービス      |       |     |
| 連絡先    | 氏名 (続柄) | 電話番号        |       |     |

| No. | 質問項目                              | 回答: いずれかに○をお付けください |       | 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 | 0 / 20<br>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 | 2/2                 |
| 12  | 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 | 2/3以上               |
| 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 | 10 / 20<br>No.16 該当 |
| 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 | 1/3以上               |
| 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 | 2/5以上               |

(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

**事業対象者に該当する基準**

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| ① No.1~20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当 | (複数の項目に支障) |
| ② No.6~10 までの5項目のうち3項目以上に該当       | (運動機能の低下)  |
| ③ No.11~12 の2項目のすべてに該当            | (低栄養状態)    |
| ④ No.13~15 までの3項目のうち2項目以上に該当      | (口腔機能の低下)  |
| ⑤ No.16~17 の2項目のうちNo.16 に該当       | (閉じこもり)    |
| ⑥ No.18~20 までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当  | (認知機能の低下)  |
| ⑦ No.21~25 までの5項目のうち2項目以上に該当      | (うつ病の可能性)  |

当該基本チェックリストの結果及び内容について、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

代筆者

氏名