

市確認欄	受付者	確認者	備考

基本チェックリスト

記入日：平成 年 月 日

氏名				生年月日		
住所						
	質問項目			回答		
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	/20
2	日用品の買物をしていますか			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	/5
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ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか			1.はい	0.いいえ	/2
12	体重( )kg÷身長( )m÷身長( )m=BMI( )が18.5未満			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	/3
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	/2
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	/3
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	/5
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	

生活機能全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ

総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、基本チェックリストの記入内容について、柏原市役所高齢介護課に提供することに同意します。

被保険者氏名