

市確認欄	受付者	確認者	備考

基本チェックリスト

必ず記載をお願いします。

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			1~20 の設問 10以上 (生活機能全般)
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	/20		
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			6~10の設問 3以上 (運動)
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	11~12の設問 2以上 (栄養)		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ	/5		
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			13~15の設問 2以上 (口腔)
12	体重()kg÷身長()m÷身長()m=BMI()が18.5未満	1.はい	0.いいえ	/2		
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	16~17の設問		
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ	16に該当 (閉じこもり) /3		
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ			18~20の設問 1以上 (認知)
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	/2		
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	/3		
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			21~25の設問 2以上 (うつ)
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	/5		

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。

該当した項目数の記載をお願いします。

必ず記載をお願いします。

被保険者氏名