|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証番号 | 実施日 |  | 対応者 | 所属 |  |
|  | 氏名 |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | M・T・S　　　　年　　月　　日　　 　歳 |
| 住　所 |  | 電 話 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **質問項目** | **回答：いずれかに○をお付け下さい。** |
| 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** |
| 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** |
| 12 | 身長　　 　　　cm　　体重　　　　　　㎏　《ＢＭＩ　　　　　　　》※ BMI＝体重(㎏)÷身長(ｍ)÷身長(ｍ)　 ＢＭＩが１８.５未満に該当　 | **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** |
| 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** |
| 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** |
| 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** |
| 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** |

様式第１号（第５条関係）

**基本チェックリスト**

該当　・　非該当

**【同意書**】

利用者支援を適切かつ効果的に実施するため、基本チェックリストの実施及び介護予防、日常生活支援総合事業につなげる事に同意します。

また、地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容等を、サービス提供事業者及び関係機関に情報を提示する事に同意します。

　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　氏名：

**基本チェックリスト**

様式第1号（第４条関係）