

基本チェックリスト

記入日：平成 年 月 日 ()

氏名		住所		
生年月日		希望するサービス内容		
No.	質問項目	回答：いずれかに○を 付けてください		
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	
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	
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「いつも同じことを聞く」等のもの忘れがあると言われますか	1. はい	0. いいえ	
19	自分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	

(注) BMI=体重(Kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合を該当とする

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)

聞き取り(本人・家族) 連絡先(氏名: () 電話: ())

介護保険認定申請(あり・なし) 要支援() 要介護() 総合事業

担当CM()

介護サービス利用意向確認(有・無)

住宅改修 福祉用具購入・貸与 短期入所 通所リハビリテーション