

豊中市

## 基本チェックリスト

被保険者番号	1	0	0										
ふりがな 氏名										生年 月日	( 明治・大正・昭和 ) 年 月 日		
										性別	男 ・ 女	年齢	歳
(代理人 氏名)	※本人以外が記入する場合のみ									続柄			
住 所	〒 ー									電話番号			

## 【同意欄】

基本チェックリストの記載内容に相違ありません。介護保険事業の適切な運営と今後の介護予防ケアマネジメントに活用するため、この基本チェックリストの結果を、豊中市、地域包括支援センター及び事業所その他必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

令和 年( 年) 月 日 氏名(本人署名)

実施機関名 :	実施者名 :
チェックリスト実施日 : 令和 年( 年) 月 日	チェックリスト判定結果
	該当 ・ 非該当

地域包括支援センター名 :	事業対象者区分
	該当 ・ 非該当

受付日

(市記入欄)

## 基本チェックリスト

No.	質問項目	いずれかに○をつけてください		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	/	
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	No.6~10 / 5	No.1~20 / 20
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	No.11、12 / 2	
12	身長 cm 体重 kg (BMI= ) (注) BMIが18.5未満である	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	No.13~15 / 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	No.16、17 / 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	No.18~20 / 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	No.21~25 /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未満の場合に該当とする。