

# 基本チェックリスト

被保険者番号( ) 記入日( 年 月 日)

氏名	男 女	生年月日	年	月	日
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なに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	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
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

(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。

申請代行者

提出 代行者	名称	
	住所	〒  電話番号

地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシートを、市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

①	様式第一の質問項目No.1～20 までの20 項目のうち10 項目以上に該当
②	様式第一の質問項目No.6～10 までの5 項目のうち3 項目以上に該当
③	様式第一の質問項目No.11～12 の2 項目のすべてに該当
④	様式第一の質問項目No.13～15 までの3 項目のうち2 項目以上に該当
⑤	様式第一の質問項目No.16 に該当
⑥	様式第一の質問項目No.18～20 までの3 項目のうちいずれか1 項目以上に該当
⑦	様式第一の質問項目No.21～25 までの5 項目のうち2 項目以上に該当

(注) この表における該当 (No.12 を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することをいう。

この表における該当 (No.12 に限る。) とは、BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合をいう。

\*\*\*\*\*

結城市確認欄  前回個人番号確認済み

介護保険被保険者証

本人個人番号確認  結城市で確認

委任状

代理人身元確認

居宅介護支援専門員証  免許証  その他

( )

番号 \_\_\_\_\_