

基本チェックリスト

記入日：令和 年 月 日

【 記入者 】

事業所名		担当者	
------	--	-----	--

【 対象者 】

被保険者番号		生年月日	大正・昭和 年 月 日
氏名		住所	
希望するサービス内容			

No.	質問項目	回答		得点	
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	No.1~5 点	No.1~20 合計 点
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	No.6~10 点	
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	No.11~12 点	
11	6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ		
12	BMI※は18.5未満ですか（身長 cm、体重 kg）	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 点	
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 点	
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 点	
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 点	
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		

※ BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が18.5未満の場合に該当とする。

事業対象者に該当する基準			判定
市 確 認 欄	①	No.1~20までの20項目のうち10項目以上に該当	生活機能全般の低下
	②	No.6~10までの5項目のうち3項目以上に該当	運動器の機能低下
	③	No.11~12までの2項目のすべてに該当	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までの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