

基本チェックリスト (第一号事業対象者認定・更新申請書)

申請日： 年 月 日

被保険者番号		基本チェックリスト 実施日		年 月 日	
医療 保険	保険者名	保険者番号			
	被保険者証	記号：	番号：	枝番：	
フリガナ		生年	明・大・昭	性別	男・女
氏名		年月日	年 月 日		
住所		〒 電話：			

番号	質問項目	回答 (いずれかに○)	
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分間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以上の体重減少はありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ (※)		
13	半年前に比べて堅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。

・特に指定がない場合は、ここ1年間の状況についてお答えください。

この基本チェックリストは、介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」といいます）のサービス事業の利用対象となる方（事業対象者）を認定するためのものです。事業対象者と認定された方は、総合事業のサービスである「介護予防・生活支援サービス事業」および「一般介護予防事業」を利用することができます。

市事務処理欄

システム入力日： 年 月 日 担当者：