

被保険者番号
--------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

事業対象者用

住所: _____ 電話番号: _____
 氏名: _____ 生年月日: _____
 基本チェックリスト 実施日: _____

No	質問項目	回答: いずれかに ○をお付けください	
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ら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分くらい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)	1: はい	0: いいえ
13	半年前に比べて固いものが食べにくになりましたか	1: はい	0: いいえ
14	お茶や汁物等でむせることができますか	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	去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き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)以前は楽に出来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

社会生活	運動	低栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ

総合事業における事業対象者の判定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、事業対象者の届出に関する申請書及び基本チェックリストの記入内容について、金沢市介護保険課、健康政策課及び地域包括支援センターに提供することに同意します。

被保険者氏名:

(署名又は記名押印)

地域包括支援センター 名称	担当ケアマネジャー