

基本チェックリスト

		申請年月日		年	月	日
ふりがな		性別	男 ・ 女			
氏名		生年月日	年	月	日 (歳)	
住所	豊山町					
	電話番号					
被保険者番号						

利用を希望するサービスの番号に○をつけて下さい。(複数回答可)

【介護予防・生活支援サービス事業】

1. 通所サービス
2. 訪問サービス
3. 配食サービス

あなたの健康状況を教えて下さい。(該当する番号に○をして下さい)

1. 治療中の病気

- ・ なし
- ・ あり (病名)

2. 主治医はいますか

- ・ いる (医療機関名)
- ・ いない

3. 心身の状況について、特に伝えたいことがあればご記入下さい

No	質問事項	回答		判定	
1	バスや電車で一人で外出していますか（自家用車でも可）	0.はい	1.いいえ	() / 20	
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	階段や手すりや壁をつたわず昇っていますか	0.はい	1.いいえ		() / 5
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年間に転んだことはありますか	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か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ		() / 2
12	身長_____cm、体重_____kg（※BMI = _____）				
13	半年前に比べて固い物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		() / 3
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ		
16	週に1回は外出していますか	0.はい	1.いいえ		() / 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「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ		() / 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		() / 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）以前は楽にできてきたことが、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に感じがする	1.はい	0.いいえ		
26	1人で外出できますか	0.はい	1.いいえ		() / 13
27	バスや電車を使って移動できますか	0.はい	1.いいえ		
28	日用品の買物ができますか	0.はい	1.いいえ		
29	請求書の振込（窓口、ATMなど）ができますか	0.はい	1.いいえ		
30	お金の管理ができますか	0.はい	1.いいえ		
31	電話番号を調べることができますか	0.はい	1.いいえ		
32	足の爪を自分でできますか	0.はい	1.いいえ		
33	掃除機がけができますか	0.はい	1.いいえ		
34	薬の管理ができますか	0.はい	1.いいえ		
35	家の鍵の管理ができますか	0.はい	1.いいえ		
36	食事を作れますか	0.はい	1.いいえ		
37	電子レンジを使えますか	0.はい	1.いいえ		
38	ガスコンロ（ガスレンジ）を利用できますか	0.はい	1.いいえ		

※BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

No	質問事項	回答		判定		該当基準	判定・対応	
1	バスや電車で一人で外出していますか（自家用車でも可）	0.はい	1.いいえ	() / 20	() / 5	3項目以上	左記の各項目に該当しなくてもNo.1～20項目のうち10項目上で該当	総合事業サービス対象者
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	階段や手すりや壁をつたわず昇っていますか	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年間に転んだことはありますか	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か月間で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 = _____）							
13	半年前に比べて固い物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「いつも同じことを聞く」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	() / 5	2項目以上		[対応] 居宅(介護予防)サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書、被保険者証、チェックリストを高年齢者・介護グループに提出	
22	（ここ2週間）これまで楽しんでやれて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）以前は楽にできてきたことが、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に感じがする	1.はい	0.いいえ					
26	1人で外出できますか	0.はい	1.いいえ	() / 13	6項目以上	要介護認定の申請を提案		
27	バスや電車を使って移動できますか	0.はい	1.いいえ					
28	日用品の買物ができますか	0.はい	1.いいえ					
29	請求書の振込（窓口、ATMなど）ができますか	0.はい	1.いいえ					
30	お金の管理ができますか	0.はい	1.いいえ					
31	電話番号を調べることができますか	0.はい	1.いいえ					
32	足の爪を自分できれめますか	0.はい	1.いいえ					
33	掃除機がけができますか	0.はい	1.いいえ					
34	薬の管理ができますか	0.はい	1.いいえ					
35	家の鍵の管理ができますか	0.はい	1.いいえ					
36	食事を作れますか	0.はい	1.いいえ					
37	電子レンジを使えますか	0.はい	1.いいえ					
38	ガスコンロ（ガスレンジ）を利用できますか	0.はい	1.いいえ					

※BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)