

総合事業対象者（新規・更新）基本チェックリスト

記入日 年 月 日

被保険者番号	0	0	0	0															
フリガナ														生年月日	T・S	年	月	日	
対象者氏名																			
住所	〒 あきる野市 電話番号 ()																		

前回認定内容	要支援1	要支援2	総合事業対象者											
前回有効期間	年	月	日	～	年	月	日							
実施者	氏名							事業所()						

次回有効期間	年	月	日	～	年	月	日
--------	---	---	---	---	---	---	---

包括確認欄	確認日	確認者	市確認欄	受付日	受付者	オムツ申請
						有・無

介護認定係	結果登録日	結果登録者	判定	介護保険係	被保険者証 発行日	被保険者証 発行者

	NO.	質問項目	回答:いずれかに○をお付けください	
社会生活	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
運動機能	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
栄養	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)		
口腔	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
外出	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
物忘れ	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
こころ	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))²が18.5未満の場合に該当とする。

介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。)の利用に係る計画の作成等、総合事業の適切な運営のために必要があるときは、総合事業対象者の確認に係る基本チェックリストの記載内容を市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、主治医その他本事業実施に関係する者に提示することに同意します。

本人氏名

代筆者氏名

	社会生活	運動機能	栄養	口腔	外出	物忘れ	こころ	□ 該当 □ 非該当
NO.	1～20	6～10	11～12	13～15	16～17	18～20	21～25	
合計点 / 必要点数	/10	/3	/2	/2	/16該当	/1	/2	