

基本チェックリストについて

豊岡市基本チェックリスト

実施日 = 有効期間開始日

実施日： 年 月 日 ()

被保険者番号	氏名	生年月日	年 月 日
住所	豊岡市 電話： -	希望するサービス内容	
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ずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	床に座る・立つ・歩行・移動・立ち上がり・下りるときに、足元が滑りやすい状態になっていますか	0. はい	1. いいえ
8	※No.12のみ 「該当」とは BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満	はい	1. いいえ
9	BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満	はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安がありますか	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)		
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
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いわれますか	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

主治医の氏名 _____ 医療機関名 _____

基本チェックリストの結果を介護予防・日常生活支援総合事業に活用するため、主治医、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所、介護予防・生活支援サービス事業者へ提供することに同意します。

年 月 日

本人署名 _____ (代理者 続柄)

表8の「該当」とは「1」に○がつくことです。

※No.12のみ 「該当」とは BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満

基準②
基準①
基準③基
基準④
基準⑤
基準⑥
基準⑦

() 内の数字は、何項目該当すれば事業対象者に該当するかを示しています。

事業対象者の基準【総合事業ガイドライン P.68】

①~⑧のいずれか1つに該当すれば事業対象者となります。

表8 事業対象者に該当する基準 (様式第一 = 基本チェックリスト)

①	様式第一の質問項目No.1~20までの20項目のうち10項目以上に該当
②	様式第一の質問項目No.6~10までの5項目のうち3項目以上に該当
③	様式第一の質問項目No.11~12の2項目のすべてに該当
④	様式第一の質問項目No.13~15までの3項目のうち2項目以上に該当
⑤	様式第一の質問項目No.16に該当
⑥	様式第一の質問項目No.18~20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
⑦	様式第一の質問項目No.21~25までの5項目のうち2項目以上に該当