

基本チェックリスト（あんしん介護予防事業対象者確認書）

記入日	年 月 日	被保険者 番号	
氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所		電話	() -

No	質問項目	いずれかの () に○	
1	バスや電車で1人で外出していますか	() はい	() いいえ
2	日用品の買物をしていますか	() はい	() いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	() はい	() いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	() はい	() いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	() はい	() 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	() はい	() 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	() はい	() いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	() はい	() いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	() はい	() いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	() はい	() いいえ
11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	() はい	() いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI .) ※注 体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	() はい	() いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	() はい	() いいえ
15	口の渇きが気になりますか	() はい	() いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	() はい	() いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	() はい	() 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されますか	() はい	() 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	() はい	() いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	() はい	() いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	() はい	() 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	() はい	() 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	() はい	() いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	() はい	() 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	() はい	() いいえ

基本チェックリストの回答を、あんしん介護予防事業における事業対象者判定に使用することに同意します。
 また、介護予防ケアマネジメント及び介護予防サービス計画作成等のために必要がある場合、基本チェックリストの内容について、一宮市地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、その他本事業の実施に関し必要な関係者に提供することに同意します。

年 月 日 氏名 (代理の場合は続柄)

処 理 欄	生活機能	運動機能	栄養状態	口腔機能	閉じこもり	認知機能	うつ状態	受付窓口	高年・介護・尾西・木曾川・包括 ()
	/20	/5	/2	/3	該・非	/3	/5	有効期限 高年福祉課 受付日	年 月 日 年 月 日

※BMI=18.5未満で該当