基本チェックリスト様式

記入日：令和　　年　　月　　日（　　）

フリガナ 氏名		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和　　年　　月　　日
住所		代理者	（続柄）
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」の合計
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	
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)ＢＭＩ（=体重（kg）÷身長（m）÷身長（m））が 18.5 未満なら該当	1.該当	0.非該当	
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	

事務処理欄

No.	1～20	6～10	11～12	13～15	16	18～20	21～25	判　定
基準	10 点以上	3 点以上	2 点	2 点以上	1 点	1 点以上	2 点以上	□サービス事業（裏面へ）
該当の場合「○」								□一般介護予防 □要介護等申請

事業対象者連絡票

対象者（本人）の情報

電話番号：　　（　　）

代理者の情報

住所（対象者と異なる場合）：

電話番号（対象者と異なる場合）：　　（　　）

連絡を受け取りやすい時間：

今回、特に相談したいことがあれば、ご記入ください。

介護予防ケアマネジメントの実施にあたり、基本チェックリスト及び事業対象者連絡票の内容を、東松山市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護予防・生活支援サービス事業提供者に提示することに同意します。

事業対象者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事務処理欄

事業対象者被保険者番号	
基本チェックリスト受付機関	□（　　）地域包括支援センター □　高齢介護課