

◎太線内についてお書きください。

実施日 4 平成 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	<input type="text"/>			
	フリガナ	-----		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	氏名			性別	男・女
	住所	〒		電話番号	

No.	質問項目	回答 (いずれかにシをお付けください)	
1	バスや電車で1人で外出していますか (1人で自家用車を運転して外出する場合も「はい」となります)	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか (電話で相談に応じている場合も「はい」となります)	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずにのぼっていますか	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか (屋内、屋外などの場所は問いません)	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
12	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	※市記入欄 BMI=()18.5未満で該当 ※BMI=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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
14	お茶や汁物などでむせることがありますか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか (過去1ヶ月の状態の平均)	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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されますか	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0. はい	<input type="checkbox"/> 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 (月と日がどちらかしか分からない場合には「はい」となります)	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 0. いいえ

- 基本チェックリストの判定・介護予防ケアマネジメントを実施するために、地域包括支援センター・居宅介護支援事業者が被保険者台帳・受給者台帳を閲覧することに同意します。
- 基本チェックリストの結果を地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・その他事業の実施に必要な範囲で関係する者へ情報提供することに同意します。

本人氏名 (自署)