様式第１号（第６関係）

基本チェックリスト及び事業対象者に該当する基準

記入日：　　　　　年　　　月　　　日（　　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 住所 |  | 生年月日 |  |
| 希望するサービス内容 |  |
| № | 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 | 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ケ月間で２～３㎏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ことがありますか | 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る

　　介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントを作成するため等に必要があるときは本書の回答

内容及び判定結果を地域包括支援センター（介護予防支援事業者）、居宅介護支援事業者、居宅サービス事

業者及び地域密着型サービス事業者の関係人、主治医の医師等に掲示することに同意します。

本人氏名　　　　　　　　　　　　　　印　　　代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　）

|  |
| --- |
| ①　様式第１の質問項目№１～２０までの２０項目のうち１０項目以上に該当 |
| ②　様式第１の質問項目№６～１０までの５項目のうち３項目以上に該当 |
| ③　様式第１の質問項目№１１～１２の２項目のすべてに該当　 |
| ④　様式第１の質問項目№１３～１５までの３項目のうち２項目以上に該当　 |
| ⑤　様式第１の質問項目№１６に該当 |
| ⑥　様式第１の質問項目№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１の質問項目№２１～２５までの５項目のうち２項目以上に該当 |

（注）　この表における該当（№１２を除く。）とは、様式第１の回答部分に「1.はい」又は「1.いいえ」

に該当することをいう。

　この表における該当（№１２を除く。）とは、ＢＭＩ＝体重（ｋｇ）÷　身長（ｍ）÷身長（ｍ）が18.5未満の場合をいう。