基本チェックリスト　（　新規　・　更新代替　）

※いずれかに〇

係員	参事	係長	課長補佐	課長

被保険者番号（　　）　　実施年月日　令和　　年　　月　　日

本人氏名		年齢	才	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
住所		性別	男　・　女	電話番号	（　　）　　－
居宅介護支援事業所名	※「新規」の提出代行の場合も記載すること※			ケアマネジャー氏名	※「新規」の提出代行の場合も記載すること※
現在の介護認定区分等	要支援1　・　要支援2　・要介護	有効期間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日		

No.	質問項目	回答：いずれかに〇をお付けください		判定
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	/20
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た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おおきいですか	1：　はい	0：　いいえ	/5
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）			/2
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	/3
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	/2
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	/3
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ではおっくうになった	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	/5

（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

受付	

社会生活	運動	低栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ	該当の有無（※市が記入）
/20	/5	/2	/3	/2	/3	/5	有　・　無
No. 1～20	6～10	11～12	13～15	16～17	18～20	21～25	

・総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり事業対象候補者となった場合には、基本チェックリストの記入内容等について介護保険係及び地域包括支援センター及びその委託先の居宅介護支援事業所等に提供することに同意します。

代筆者氏名　　被保険者氏名

署名又は記名押印