介護予防・日常生活支援総合事業 基本チェックリスト

記入日 ： 令和　　年　　月　　日(　　)

氏名		生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日
住所			

No.	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）		
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

（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

事業対象者に該当する基準

① No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当
② No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当
③ No.11～12の2項目のすべてに該当
④ No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当
⑤ No.16に該当
⑥ No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
⑦ No.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（No.12を除く。）とは、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（No.12に限る。）とは、BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合をいう。