

基本チェックリスト

実施日	20	年	月	日	(市提出用)			
被保険者番号								
住 所					氏名(自署)			
生年月日	大正	昭和	年	月	日	電話番号		

基本チェックリストの個人情報及び結果は、千葉市あんしんケアセンター（地域包括支援センター）、居宅介護支援事業所及びサービス提供事業者者に情報提供し、介護予防事業の適切なサービス提供のために利用されます。また、市全体の介護保険事業の評価のため市に情報提供し、統計的に利用されます。

No	質 問 項 目	回 答 (いずれかに○をお付けください)			点 数
暮らしの様子					
1	バスや電車で1人で外出していますか	0点	はい	1点	いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0点	はい	1点	いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0点	はい	1点	いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0点	はい	1点	いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0点	はい	1点	いいえ
					/5点
運動器関係					
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0点	はい	1点	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点	はい	1点	いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0点	はい	1点	いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1点	はい	0点	いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1点	はい	0点	いいえ
					/5点
栄養関係					
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1点	はい	0点	いいえ
12	BMI(体格指数)が18.5未満ですか (BMI=体重_____kg÷身長_____m÷身長_____m) ※身長はcm(センチ)ではなく、m(メートル)を使います。	1点 BMIが 18.5未満		0点 BMIが 18.5以上	
					/2点
口腔機能関係					
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点	はい	0点	いいえ
14	お茶や汁物などでむせることがありますか	1点	はい	0点	いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1点	はい	0点	いいえ
					/3点
閉じこもり関係					
16	週に1回以上は外出していますか	0点	はい	1点	いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1点	はい	0点	いいえ
					/2点
物忘れ関係					
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	1点	はい	0点	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点	はい	1点	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点	はい	0点	いいえ
					/3点
No. 1～No.20の合計					/20点
こころ関係					
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1点	はい	0点	いいえ
22	(ここ2週間)これまでに楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1点	はい	0点	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感じられる	1点	はい	0点	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点	はい	0点	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点	はい	0点	いいえ
					/5点
その他の質問項目(該当するものに○をつけてください)					
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	よい	まあよい	ふつう	あまりよくない
2	現在、ひとりで暮らしていますか	はい	いいえ		

以下は記入しないでください。(あんしんケアセンター(居宅介護支援事業所)記入欄)

利用サービス				
訪問・通所介護相当サービス □訪問・□通所	□短期リハビリ型通所サービス(サービスC)		□開始時	□終了時
緩和基準によるサービス □訪問・□通所	□シニアフィットネス		□開始時	□終了時
住民主体による支援 □訪問・□通所	□チャレンジシニア		□開始時	□終了時
予防給付サービス □訪問・□通所・()				
その他のサービス □訪問・□通所	□いきいき活動手帳			
→ サービス内容 ()	□イベント等			

○この用紙は地域包括ケア推進課に送付してください。ただし、「事業対象者」の届出をする際は、この用紙を介護保険室に提出し、地域包括ケア推進課にはこの用紙の写しを送付してください。