

【事前確認表】

介護認定を	<input type="checkbox"/> 受けている（要介護	・要支援	）	<input type="checkbox"/> 受けていない
日常生活上の困りごと				
利用したいサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入
	<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> その他（	）	
①	<input type="checkbox"/> 一人で歩くことができる <input type="checkbox"/> 杖など不要 <input type="checkbox"/> 杖を利用 <input type="checkbox"/> 歩行器を利用 <input type="checkbox"/> 一人暮らしである <input type="checkbox"/> 家族と（ ）人で暮らしている			
②	<input type="checkbox"/> 一人で歩くことができない <input type="checkbox"/> 車いすを利用 <input type="checkbox"/> 寝たきりである <input type="checkbox"/> 服薬や病気の管理のため訪問看護サービスの利用を希望している <input type="checkbox"/> 自宅のつくりや間取り、浴槽が深いなどにより住宅改修や手すり等の設置を希望している、または福祉用具のレンタルや購入を希望している <input type="checkbox"/> 家族の介護力の問題で、宿泊の場を探している			
③	<input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト要 <input type="checkbox"/> 元気高齢者 <input type="checkbox"/> 認定申請				

基本チェックリスト

介護予防・日常生活支援総合事業の適切な実施のため、本様式の内容について、市、地域包括支援センター及びその他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提供することを同意します。

（記入日）	令和	年	月	日
（被保険者番号）				
（住所）	河内長野市			
（氏名）	※本人自署			
（生年月日）	大正	・	昭和	年 月 日
（電話番号）	— —			

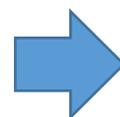
基本チェックリストは裏面へ

【基本チェックリスト】

以下の質問について、回答欄の「はい」「いいえ」のどちらか当てはまるほうに○を付けてください

No.	質問項目	回答		
1	バス、電車、自家用車などで一人で外出していますか	はい	いいえ	/20
2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	いいえ	/5
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	はい	いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ	
11	6か月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ	/2
12	BMIが18.5未満ですか (BMI = 体重 kg ÷ 身長 m ÷ 身長 m)	はい	いいえ	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ	/3
14	お茶や汁物でむせることがありますか	はい	いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ	/2
17	昨年と比べ外出の回数が減っていますか	はい	いいえ	
18	周りから「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるといわれますか	はい	いいえ	/3
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	はい	いいえ	
20	今日が何月何日かわからないときがありますか	はい	いいえ	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ	/5
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	はい	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	はい	いいえ	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	はい	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	はい	いいえ	

- No. 1～20までの 20項目のうち 10項目以上に該当
- No. 6～10までの 5項目のうち 3項目以上に該当
- No. 11～12までの 2項目のすべてに該当
- No. 13～15までの 3項目のうち 2項目以上に該当
- No. 16～17までの 2項目のうち No. 16に該当
- No. 18～20までの 3項目のうち 1項目以上に該当
- No. 21～25までの 5項目のうち 2項目以上に該当



事業対象者	元気高齢者