

### 基本チェックリスト（青森市総合事業『事業対象者』特定用）

被保険者番号		該当リスク項目			介護認定		生保	
		全般 ・ 運動 ・ 栄養 ・ 口腔 ・ 閉じこもり ・ 物忘れ ・ うつ			有(要支援__・要介護__)・無		有 ・ 無	
住所	青森市				電話	—		
氏名	(フリガナ)	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	年齢	
							満	歳

質問項目		回答 ※ いずれかに○をつけて下さい。		
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	全般
2.	日用品の買物をしていますか。	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ずに昇っていますか。	0 はい	1 いいえ	運動
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	栄養
11.	6カ月間で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= ) ※ BMI=体重 ÷身長(m) ÷身長(m) 18.5未満該当			口腔
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	閉じ
15.	口の渴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	物忘れ
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われますか。	1 はい	0 いいえ	うつ
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	うつ
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つくうに感じられる。	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	

【主観的健康観】「あなたの現在の健康状態はいかがですか。」 1 よい 2 まあよい 3 ふつう 4 あまりよくない 5 よくない

青森市が、事業利用に必要な範囲内で、私の個人情報(基本チェックリストの記入内容、被保険者番号、要支援・要介護認定状況、生活保護受給の有無)について関係部局に確認の上、地域包括支援センターに情報提供することに  
( 同意します ・ 同意しません )。

実施日 年 月 日

確認日 年 月 日

実施機関名

確認機関名

上記の通り確認いたしました。※実施機関が居宅等の場合、包括が確認すること

記入例

基本チェックリスト（青森市総合事業『事業対象者』特定用）

		該当リスク項目	介護認定	生保
		全般 ・ 運動 ・ 栄養 ・ 口腔 ・ 閉じこもり ・ 物忘れ ・ うつ	有(要支援__・要介護__)・無	有 ・ 無
住所	青森市 中央1-22-5	電話	734 - 5326	
氏名	(フリガナ) アオモリ ハナコ	生年月日	明治 大正 10 年 10 月 10 日 昭和	年齢
	青森 花子			満 85 歳

質問	回答	※ いずれかに○をつけて下さい。	
* 押印欄を削除しました。 本人署名及び代筆による記名どちらも申請可能です。			
1. バスや電車で1人で外出していますか。	0 はい	<input checked="" type="radio"/> 1 いいえ	全般
2. 日用品の買物をしていますか。	<input checked="" type="radio"/> 0 はい	1 いいえ	
3. 預貯金の出し入れをしていますか。	<input checked="" type="radio"/> 0 はい	1 いいえ	
4. 友人の家を訪ねていますか。	0 はい	<input checked="" type="radio"/> 1 いいえ	
5. 家族や友人の相談にのっていますか。	0 はい	<input checked="" type="radio"/> 1 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。	0 はい	<input checked="" type="radio"/> 1 いいえ	運動
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	<input checked="" type="radio"/> 1 いいえ	
8. 15分位続けて歩いていますか。	0 はい	<input checked="" type="radio"/> 1 いいえ	
9. この1年間に転んだことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> 1 はい	0 いいえ	
10. 転倒に対する不安は大きいですか。	<input checked="" type="radio"/> 1 はい	0 いいえ	
11. 6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか。	1 はい	<input checked="" type="radio"/> 0 いいえ	栄養
12. 身長140cm 体重40kg (BMI=20.4) ※ BMI=体重÷身長(m)÷身長(m) 18.5未満該当			
13. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	<input checked="" type="radio"/> 1 はい	0 いいえ	口腔
14. お茶や汁物等でむせることがありますか。	1 はい	<input checked="" type="radio"/> 0 いいえ	
15. 口の渇きが気になりますか。	<input checked="" type="radio"/> 1 はい	0 いいえ	閉じ
16. 週に1回以上は外出していますか。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 1 はい	0 いいえ	物忘れ
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われますか。	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 1 はい	0 いいえ	うつ
21. (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない。	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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つくに感じられる。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。		<input checked="" type="radio"/> 0 いいえ	

\* 押印欄を削除しました。  
 今後は押印の代わりに、事業所名を手書きもしくは  
 ゴム印等で記名をして、ご提出ください。  
 ※事業所名が事前に印刷されているものは、ご使  
 用いただけませんのでご注意ください。

【主観的健康観】「あなたの現在の健康状態はいかがですか。」 1 よ  
 青森市が、事業利用に必要な範囲内で、私の個人情報(基本  
 定状況、生活保護受給の有無)について関係部に確認の上、  
 (同意します・同意しません)。

実施日 令和 3 年 4 月 21 日  
 実施機関名 △△居宅介護支援センター

確認日 令和 3 年 4 月 23 日  
 確認機関名 青森市地域包括支援センター〇〇

上記の通り確認いたしました。※実施機関が居宅等の場合、包括が確認すること