記入年月日	年　　月　　日	被保険者番号	
フリガナ 本人氏名		生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日（　　歳）
住　所		ご連絡先	電話　　（　　）

市川市基本チェックリスト

受付者名／所属名		地域包括支援課・高サポ（　　） 居宅介護支援事業所等（　　） その他（　　）

		質　問　事　項	回　答	
生活全般	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
運動機能	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
栄養状態	11	６ヵ月間で 2～3Kg 以上の体重減少がありましたか	1 はい	0 いいえ
	12	身長と体重をご記入ください。（注）　cm　Kg　BMI=		
口腔機能	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
外出関係	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
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
うつ関係	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未満の場合に該当項目数１とする

総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。
また、介護予防ケアマネジメント及び介護予防サービス計画作成等のため必要があるときは、基本チェックリストの内容等について、介護保険課、地域包括支援課及び市川市高齢者サポートセンター、居宅介護支援事業所、その他本事業の実施に必要な関係者に提供することに同意します。

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

	全体の項目	運動機能	栄養状態	口腔機能	外出関係	物忘れ関係	うつ関係	地域包括支援課　記入欄
該当数／項目数	／20	／5	／2	／3	該当番号	／3	／5	地域包括支援課　提出日
該当項目に○								確認者名