曽於市基本チェックリスト

様式第1号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 区　　分 | 新規　・　更新 |
| 被保険者番号 |  | 実 施 日 | 　　年 月 日 |
| ふりがな |  | 生年月日 |  |
| 氏　　名 |  | 年　　齢 |  歳 |
| 住　　所 |  | 本人連絡先 |  |
| 希望するサービス内容 |  |
| 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で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未満の場合に該当する

|  |
| --- |
| 同意欄　介護保険事業の適切な運営と今後の介護予防ケアマネジメントに活用するため、この基本チェックリストの結果を、曽於市、曽於市地域包括支援センター及びその他の関係機関へ提供することに同意します。本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　 |
| 実施事業所： | 実施者： |
| 保険者記載欄 | 判定結果：　□該当　□非該当 | 特記事項： |