様式第1号(第5条関係)

基本チェックリスト

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 記入日　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　　 |
| 氏名 | 　 | 住所 | 電話番号　　　　　(　　　　) | 　 |
| 生年月日 | 明治大正昭和 | 年　　月　　日 | 性別 | 　 |
| 希望するサービス | 　1．通所サービス　　2．訪問サービス　　3．その他(　　　　　　　　　) |
| No. | 質問事項 | 回答(いずれかに○をお付けください) | 判定 |
| 1 | バスや電車を利用して1人で外出していますか。 | 0　はい | 1　いいえ | (　)／2010／20以上 | (　)／5 | 　 | 事務処理欄 |
| 2 | 日用品の買い物をしていますか。 | 0　はい | 1　いいえ | 受付 |
| 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 | (　)／53／5以上 | 判定 |
| 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分くらい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 | 届出 |
| 11 | 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。 | 1　はい | 0　いいえ | (　)／22／2該当 |
| 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 | (　)／32／3以上 |
| 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 | 入力 |
| 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 | (　)／2No.16該当 |
| 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「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか。 | 1　はい | 0　いいえ | (　)／31／3以上 | 　 |
| 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 | 　 | (　)／52／5以上 |
| 担当包括 |
| 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未満の場合に該当する。

※介護予防ケアマネジメントに当たり、この基本チェックリストを地域包括支援センター等に情報提供させていただきます。

介護予防ケアマネジメント以外には使用いたしません。

情報提供に同意されない場合は、右の(　)に×を記入してください。(　　　)