**岩沼市　基本チェックリスト**記入日　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 提出者 | □本人　　　□家族（氏名　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　） |
| □（　西　・　社　・　南　・　マ　）　地域包括支援センター （担当者名　　　　　　　　　　　　　） |
| □居宅介護支援事業者（事業所名　　　　　　　　　　　　　担当者名　　 　） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本項目 | 被保険者番号 |  |  |  |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 明　・　大　・　昭 |
| 氏名 | 　 |  　　年　　月　　日(　　歳) |
| 性別 | 男　　・　　女 |
| 住所 | 〒 |
|
|
| 連絡先 | 氏名　□被保険者と同じ　□その他〔氏名　　 　　　　　 被保険者との関係　　　　　〕 |
| 1. 電話　　　　　　　　　　　　　〔自宅・携帯・勤務先〕連絡希望時間帯
 |
| 1. 電話　　　　　　　　　　　　　〔自宅・携帯・勤務先〕連絡希望時間帯
 |
| 状態　　区分 | 　□認定なし　　□要支援１　　　□要支援２　　　□要介護認定申請中 |
|
| 生 活 目 標 | 　 |
|
|
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | No. | 質問項目 | 回答 | 判定 |
| 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 | ( ) / 20 | 　 |
| 　自分で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。 |
| 2 | 日用品の買い物をしていますか | ０．はい | １．いいえ |
| 　自ら外出し、買い物に出かけ、必要なものが買えていますか？ |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | ０．はい | １．いいえ |
| 　ご自身の判断で金銭管理を行っている場合「はい」とします。 |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | ０．はい | １．いいえ |
| 　電話による交流は含みません。また家族や親戚の家への訪問は含みません。 |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | ０．はい | １．いいえ |
| 　電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。 |
| 運動 | 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 |  | 　　　（ ）　　　/5 3/5以上 |
| 時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。　習慣的に手すり等を使用している場合には「いいえ」となります。 |
| 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 |
| 時々つかまっている程度であれば「はい」とします。 |
| 8 | １５分くらい続けて歩いていますか | ０．はい | １．いいえ |
| 　屋内、屋外等の場所は問いません。 |
| 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 | 10　/　20以上 |
| 栄養 | 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 | （）/2 2/2 |
| 　６ヶ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。 |
| 12 | 身長　　　　　　ｃｍ　　　体重　　　　　　　ｋｇ　　　　　　　　　　（ＢＭＩ＝　　　　　　　　）　（注）ＢＭＩ＝体重（㎏）÷身長（ｍ）÷身長（ｍ） |
| 歯・　口 | 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 | （）/3 2/3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 |
| 15 | 口の渇きが気になりますか | １．はい | ０．いいえ |
| 外出 | 16 | 週に１回以上は外出していますか | ０．はい | １．いいえ | （）/2 No.　16　該当 |
| 　過去１か月の状態を平均して、週１回外出していれば「はい」となります。 |
| 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 | 18 | 周りのひとから「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 | （ ）/3 1/3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 |
| 　誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。 |
| 20 | 今日が何月何日かわからないときがありますか | １．はい | ０．いいえ |
| 　月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。 |
| こ　こ　ろ | 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 | 　 | （）/5 2/5以上 |
| 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 |
| 介護保険事業の適切な運営に活用するため、基本チェックリストを地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所へ提供することに同意します。令和　　　年　　　月　　　　日　　　　本人署名　　　　　　　　　　　　　　 |
|
|
| 市記入欄 | 受付者名（　　　　　　　　　　　　　　　） | 収　　受 | 　 |