**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 | |  | | |