

岩沼市 基本チェックリスト

記入日 令和 年 月 日

提出者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族（氏名	続柄	）
	<input type="checkbox"/> （西・社・南・マ）地域包括支援センター（担当者名			
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者（事業所名			

基本項目	被保険者番号					
	フリガナ				生年	明・大・昭
	氏名				月日	年 月 日(歳)
					性別	男・女
	住所	〒				
	連絡先	氏名 <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 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			
② 電話		〔自宅・携帯・勤務先〕連絡希望時間帯				
状態区分	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護認定申請中					
生活目標						

No.	質問項目	回答		判定
1	バスや電車で1人で外出していますか 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。	0. はい	1. いいえ	() / 20
2	日用品の買い物をしていますか 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？	0. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか 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。	0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか 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。	0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか 電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。	0. はい	1. いいえ	

