

基本チェックリスト

住 所 岡崎市

実施日 年 月 日

氏 名

大昭 年 月 日(歳) (男・女)

実施者: 本人 ・ 相談者

(続柄:) 連絡先 -

N	質 問 事 項	回 答	判 定
1	バスや電車で一人で外出していますか	<input type="checkbox"/> はい ₀ <input type="checkbox"/> いいえ ₁	() / 5 3/5 以上
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい ₀ <input type="checkbox"/> いいえ ₁	
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい ₀ <input type="checkbox"/> いいえ ₁	
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> はい ₀ <input type="checkbox"/> いいえ ₁	
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい ₀ <input type="checkbox"/> いいえ ₁	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<input type="checkbox"/> はい ₀ <input type="checkbox"/> いいえ ₁	
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	<input type="checkbox"/> はい ₀ <input type="checkbox"/> いいえ ₁	
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい ₀ <input type="checkbox"/> いいえ ₁	
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい ₁ <input type="checkbox"/> いいえ ₀	
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> はい ₁ <input type="checkbox"/> いいえ ₀	
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい ₁ <input type="checkbox"/> いいえ ₀	10 / 20 以上
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) * BMIが18.5未満の場合に該当		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> はい ₁ <input type="checkbox"/> いいえ ₀	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい ₁ <input type="checkbox"/> いいえ ₀	
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> はい ₁ <input type="checkbox"/> いいえ ₀	
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい ₀ <input type="checkbox"/> いいえ ₁	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい ₁ <input type="checkbox"/> いいえ ₀	
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されますか	<input type="checkbox"/> はい ₁ <input type="checkbox"/> いいえ ₀	
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	<input type="checkbox"/> はい ₀ <input type="checkbox"/> いいえ ₁	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい ₁ <input type="checkbox"/> いいえ ₀	
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい ₁ <input type="checkbox"/> いいえ ₀	() / 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	<input type="checkbox"/> はい ₁ <input type="checkbox"/> いいえ ₀	
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	<input type="checkbox"/> はい ₁ <input type="checkbox"/> いいえ ₀	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/> はい ₁ <input type="checkbox"/> いいえ ₀	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	<input type="checkbox"/> はい ₁ <input type="checkbox"/> いいえ ₀	

介護保険事業の適切な運営とケアマネジメントに活用するため、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 氏名

担当の地域包括支援センターから連絡しますので連絡先をご記入ください(連絡先:)

面接希望日・時間帯等記入欄()

認定申請あり チェックリストのみ

新規 更新

市役所 () 包括支援センター