

美里町基本チェックリスト

被 保 険 者	被保険者番号	<input type="text"/>	記入日	令和 年 月 日	
	ふりがな			生年月日	明 大 昭 年 月 日
	氏 名			年 齢	歳
				性 別	男 女
	住 所	〒 - 遠田郡美里町 電話番号 ()			
	要介護状態	認定なし 要支援1 要支援2 要介護認定申請中			
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
希望するサービス	訪問型サービス 通所型サービス				

記入者氏名				本人との関係	
記入者住所		〒 電話番号 ()			
緊急時の 連絡先	氏 名			本人との関係	
	住 所	〒 電話番号 ()			

介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書の利用決定事務にあたり、対象者の要介護状態区分を介護保険受給者管理台帳により確認することについて同意します。また、介護予防ケアマネジメントの作成に必要があるときには、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。

本人氏名

以下町処理欄

收受印

基本チェックリスト 実施結果	介護予防・生活支援サービス事業対象者 該当 非該当
-------------------	---------------------------------------

	質 問 項 目	回答：いずれかに をお付けください	
1	バスや電車で1人で外出していますか 1人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
2	日用品の買い物をしていますか 自ら外出し、必要な物を買っているかを尋ねています	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか 本人の判断により金銭管理を行っている場合は「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 電話による交流や家族・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	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか 時々、手すりを使用している程度であれば「はい」とします。習慣的に使っている場合には「いいえ」となります。	0.はい	1.いいえ
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 時々、つかまっている程度であれば「はい」とします	0.はい	1.いいえ
8	15分位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
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか 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	1.はい	0.いいえ
12	身長 cm 体重 kg (B I) (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
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
16	週に1回以上は外出していますか 過去1ヶ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	0.はい	1.いいえ
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「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ
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 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	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 月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります	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
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) B I = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)