栃木市　基本チェックリスト

（様式１）

被保険者番号（　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　記入日（令和　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 男・女 | 生年月日 | T・S　　　年　　　月　　　日(　　　歳) |
| 住　所 | 栃木市 | 自宅電話 |  |
| 記入者  （本人以外） |  | 記入者連絡先 |  |
| 希望する連絡先 | □本人（自宅）　　□記入者　　□その他(　　　　　　　℡　　　　　　　　　) | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 質　問　項　目 | いずれかに○を  つけてください | |
| 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 |
| 2 | 日用品の買い物をしていますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | 0. はい | 1. いいえ |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | 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らずに昇っていますか | 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 | 0. はい | 1. いいえ |
| 8 | １５分くらい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ヵ月で２～３kg 以上の体重減少がありましたか | 1. はい | 0. いいえ |
| 12 | BMIが18.5である【体重　　　(㎏)÷身長　　　(ｍ)÷身長　　　(ｍ)＝　　　　】 | 1. はい | 0. いいえ |
| 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 | 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言われますか | 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 | 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 | 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）以前は楽に出来ていたことが今で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 |

|  |
| --- |
| (個人情報の取り扱いについて)  　　　介護予防ケアマネジメントの実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト等の  内容を、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示する  ことに同意します。  令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　本人氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代　　筆 |